

بسم اللہ

فَلَمَّا مَنَّكَ عَلَيْهِمْ بِبَصَرِكَ الْيَوْمَ تَعْلَمُونَ

کتاب لعین

از

ڈاکٹر عطاء اللہ مٹ، ایم ڈی (برٹن) بی، ایس (پنجاب)

ممبر مجلس ماہرین امراتہ شیم (جرمنی)، پرنسپل طبیبہ کالج مسلم یونیورسٹی ملکہ

ملنے کا پتہ

طبیبہ کالج مسلم یونیورسٹی علی گڑھ

مرد حقوق محفوظ

طبع اول... ایک ہزار ————— قیمت (مجلد) عتہ

انتساب

ۛ

رفیقہ حیات

امیر المنار بیگم

جس کی محبت، وفا شعاری اور رفاقت
نے

مجھ میں فن کے سیکھنے اور برتنے کا دلولہ پیدا کیا
اور

میں اس قابل ہوا کہ مرض کو سمجھوں، مریض کے کام آؤں

اور
حکیم مطلق اور شافی برحق کا شکریہ احسان بجالاؤں

(عطاء اللہ بیٹ)

اعتراف و تعارف

طبیہ کلج کے قیام کا ایک مقصد یہ بھی ہے کہ اردو میں فن طب پر مفید اور مستند کتابیں تصنیف و تالیف کی جائیں۔ ملک و ملت کو اُن سے روشناس کرایا جائے۔ اور موجودہ دورِ ترقی میں اس فن کو جدید ترین اکتشافات و نظریات سے متوازن اور ہم آہنگ رکھا جائے۔ طبیہ کلج مسلم یونیورسٹی نے انہیں مقاصد کو پیش نظر رکھ کر مختلف موضوع پر مفید اور مستند لٹریچر کی فراہمی کی مسلسل کوشش کی ہے۔

جس موضوع پر صفحات آئندہ میں بحث کی گئی ہے اُس کی اہمیت سے انکار نہیں کیا جاسکتا۔ کوشش یہ کی گئی ہے کہ اس فن پر اب تک یورپ کے مشہور اور مستند ارباب فن نے جو مختلف تصانیف پیش کی ہیں اُن کو نظر رکھ کر ایک ایسی جامع تالیف پیش کی جائے جو فنی اعتبار سے قطع نظر درس و تدریس میں بھی مفید ہو۔ چونکہ طبیہ کلج کے نصاب میں بھی یہ مضمون داخل ہے اسلئے وقتاً فوقتاً میں نے جتنے مقالات اپنے طلباء کے افادہ کے لئے مرتب کئے اُن کو مزید تشریح و اشارات کے ساتھ مدون کر دیا۔ یہی آج ”کتاب العین“ کی صورت میں ارباب فن کی خدمت میں پیش کئے جاتے ہیں۔

تشریح، منافع الاعضاء، مبادی مناظرات، معائنہ چشم، امراض چشم، اعمال جراحیہ، علاج، ان مباحث میں سے کسی ایک کو نظر انداز نہیں کیا گیا ہے، ضروری خاکہ جات اور تصاویر سے کتاب کو مفید اور جامع تر بنانے کی کوشش کی گئی ہے۔ آخر میں انگریزی و یونانی نسخہ جات و مجربات کے علاوہ عربی و انگریزی اصطلاحات کی ایک فہرست ملحدہ دی گئی ہے تاکہ عربی و انگریزی کی مترادف اصطلاحات معلوم ہو سکیں نیز اندکس کو دیکھ کر کتاب کا وہ صفحہ بھی معلوم ہو جائے جس میں اُس اصطلاح کا ذکر آیا ہے۔ امید ہے کہ یہ ہدیہ محقق ارباب نظر و شائقین فن میں مقبول ہوگا۔

اس کتاب کی تدوین میں مجھے جن دقتوں کا سامنا ہوا ہے وہ یقیناً ایسی نہ تھیں جن سے بوجہ احسن عمدہ برآ ہو سکتا۔ لیکن انکو جس چیز نے میرے لئے دلچسپ ترین مشغلہ بنا دیا وہ میرے رفقا و کار اور عزیز طلباء کی بے لوث رفاقت، علم دوستی اور سعادت مندی تھی۔ اور یہ محرکات ایسی نہ تھیں جن کے ہوتے ہوئے مجھے انتہائی دقتوں کا مقابلہ بے پایاں مسرت اور کامل اعتماد کے ساتھ کرنے میں کبھی تاثر نہ تھا۔ میں خصوصیت کے ساتھ شکر گزار ہوں اپنے عزیز و سعید شاگرد حکیم صرغام علی خاں صاحب رحمۃ اللہ تعالیٰ لکچرار طبیہ کالج و آنریری اڈیٹر طبیہ کالج میگزین کا جن کی بے غرض اور بے لوث محبت نے ہر قدم پر میری رفاقت کی جن اصحاب کا اس قسم کے مشاغل سے سابقہ رہا ہے وہی اس کا اندازہ کر سکتے ہیں کہ اس قسم کی تالیف و تصنیف میں کن کن دقتوں کا کس کس انداز سے سامنا ہوتا ہے۔ میں ان دشواریوں کا تذکرہ کرنے کے بجائے عزیز ممدوح کا جلد سے جلد اور بار بار شکر یہ ادا کرتا ہوں۔ ان کی سعادت مندی قابلیت اور جانفشانی میری معین نہ ہوتی تو مجھے ”کتاب العین“ کی کامیابی پر وہ وثوق کبھی نہ حاصل ہوتا جس کی وہ مستحق ہے۔

میں اس امر کا فخر کے ساتھ اعتراف کرتا ہوں کہ کتاب العین کی تیاری، ترتیب اور تدوین میں مجھے جہاں کہیں دقتیں پیش آئیں میں نے انتہائی طالب علمانہ نیاز آگینی کے ساتھ ان اصحاب سے رجوع کیا جو اپنے مخصوص کمال میں مجھے افضل و برتر تھے، میرا عقیدہ یہ ہے کہ فن کی ترقی اور تکمیل صرف اسی طور پر ممکن اور متحقق ہو سکتی ہے۔

عطاء اللہ بیٹ

فہرست مضامین

۲۵۸ - - - - -	امراض مسمیہ	۱ - - - - -	مقدمہ
۳۱۵ - - - - -	امراض قمریہ		تشریح و منافع الاعضاء
۳۹۶ - - - - -	امراض صلبیہ	۱۲ - - - - -	تشریح
۳۶۲ - - - - -	امراض غلیظہ و جسم ہبی	۹۱ - - - - -	وظائف عمومی
۳۹۹ - - - - -	امراض عدسہ بطیہ	۸۳ - - - - -	مناظرات
۴۱۵ - - - - -	امراض زجاجیہ	۹۵ - - - - -	ابتدائی وظائف مناظرات
۴۲۴ - - - - -	زرق المار		معائنہ چشم
۴۲۶ - - - - -	امراض آلات دمیہ	۱۲۳ - - - - -	بیرونی امتحان چشم
۴۵۶ - - - - -	امراض شیمیہ و ثبکیہ	۱۲۸ - - - - -	منظارین کے ذریعہ معائنہ
۵۲۵ - - - - -	امراض عصب باصرہ	۱۵۵ - - - - -	قرعینی
۵۴۲ - - - - -	سلطات اندرون چشم	۱۹۲ - - - - -	آنکھ کے اعمال کا معائنہ
	آنکھ کی حرکات کی خرابیاں		انعطافی طاقت کے تقاضاں و رطاقت توفیق
۵۵۱ - - - - -	بحری عضلات اور ان کی خرابیاں		کی خرابیاں
۵۵۸ و ۵۵۶ - - - - -	حول	۱۸۳ - - - - -	قرعینی کے انعکاس کا معائنہ
۹۱۳ - - - - -	اختلاف خطوط بصر اور دوسری خرابیاں	۲۰۹ - - - - -	طاقت توفیق کے تقاضاں
	آنکھ کے اعمال جرحیہ	۲۱۲ - - - - -	انعطافی طاقت کے تقاضاں
۹۱۰ - - - - -	جرحی عملیات کے لئے تیاری اور ضروری ہدایا		امراض چشم
۹۳۸ - - - - -	اجنان کے اعمال جرحیہ	۲۳۳ - - - - -	امراض ملحقات میں

علاماتی علاج - - - - - ۶۲۰

عمومی علاج - - - - - ۶۳۳

معالجات چشم میں مستقلہ دوائیں اور ان کا طریق استعمال ۶۴۲

شرکی التهاب چشم اور شرکی خراش

شرکی التهاب چشم اور شرکی خراش - - - ۶۵۱

مضر و آہناک اور شرکی آنکھ کے متعلق ضروری معلومات ۶۶۲

التهاب کل العین صمدیدی التهاب ندون چشم

التهاب کل العین - - - - - ۶۶۶

نسخہ جات و نمیمہ

انگریزی نسخہ جات - - - - - ۸۱۰

یونانی نسخہ جات - - - - - ۸۲۶

مرغین چشم کے متعلق تحقیق - - - - -

اندکس - - - - - ۸۳۸

فرہنگ - - - - - ۸۴۰

آیات دمیہ کے اعمال جرمیہ ۶۵۶

علمیہ - - - - - ۶۵۸

قریب اور خزانہ مقدم - - - - - ۶۵۸

طبقة مسببہ - - - - - ۶۶۳

عسبہ - - - - - ۶۶۸

درسہ کے اعمال جرمیہ مع ضروری آیات و اخراج مدہ

کے چند اصول - - - - - ۶۷۵

مقلدین کا اخراج - - - - - ۷۰۳

مبطل و غلط مقدم کے مضر و آہناک کا عمل جرمی ۷۰۸

علاج کے طور پر شرکی التهاب طریق ہدیی و شیمی دالی

آنکھ کا عمل جرمی - - - - - ۷۱۰

مناظری اعمال جرمیہ جو کہ شرکی التهاب طریق ہدیی و

شیمی کے لئے انجام دئے جاتے ہیں - - - ۷۱۱

علاج و حفظان صحت چشم

حفظان صحت کے اصول - - - - - ۷۱۵

بعض تصانیف جن سے استفادہ کیا گیا ہے

- (۱) امراض چشم ماہر فلکس (جرمنی)
- (۲) امراض چشم ماہر آکسن فیلڈ یونیورسٹی فرائی برگ۔ جرمنی
- (۳) امراض چشم ماہر رومر۔ جرمنی
- (۴) امراض چشم ازماہران بخسرو مائس و زگر ایفیس والڈ یونیورسٹی۔ جرمنی
- (۵) امراض چشم ازماہر مائسا۔ (جرمنی)
- (۶) امراض چشم ازماہر پارسن۔ برطانوی
- (۷) امراض چشم ازماہران مے اینڈورتھ۔ برطانوی
- (۸) امراض چشم ازماہر کرنل ایلیٹ، آئی، ایم، ایس (برطانوی)
- (۹) امراض چشم ازماہر شوانزی برطانوی
- (۱۰) امراض چشم ازماہر ڈوانے مترجم فلکس امریکی
- (۱۱) حصہ امراض چشم قانون شیخ بوعلی سینا
- (۱۲) حصہ امراض چشم شرح اسباب و علامات

نمبر شمار	نمبر خاکہ	نمبر شمار	نمبر شمار	نمبر شمار	نمبر شمار	نمبر شمار	نمبر شمار	نمبر شمار	نمبر شمار
۲۹	۵۸	شکبہ کے اندر مختلف مقامات پر	۲۳	۹۰	معاذہ بالا وسطہ	۱۹۹			
		احساس شکل کی تیزی	۱۱۵	۲۵	۹۱	۱۶۰			
۳۰	۵۹	جفن کو پٹنے والا ماہر و عمر کا آلہ	۱۲۶	۲۹	۹۲	۱۶۰			
	۶۱	زیرین تختہ کو دیکھنے کا طریقہ	۱۲۹	۳۸	۹۳	۱۶۸			شبکیہ و ہبہ کی مشاعرین
۳۱	۶۲	آنکھوں کے ذریعہ تو ترین معلوم		۳۸	۹۳	۱۸۳			مقررہ کے ذریعہ تو ترین معلوم
		کرنے کا طریقہ	۱۳۶	۳۹	۹۵	۱۸۳			طول بصر والی آنکھ کا میدان بصر
۳۲	۷۵	تو تر ہما کے ساتھ تطبیق لینے کا نقشہ	۱۳۶	۵۰	۹۶	۱۸۵			قصر بصر والی آنکھ میں شعاع وارد کا راستہ
۳۳	۷۷	آنکھ کے سامنے نوری مرکز	۱۳۸	۵۱	۹۷	۱۸۵			بہر بکھنے والی شعاعوں کے راستہ کے لئے مقام
۳۴	۷۸	آنکھ کے سامنے نوری مرکز	۱۳۹	۵۲	۹۸	۱۸۸			معاذہ کرنے پر سایہ کا نظر آنا
	(ب)		۱۳۹	۵۳	۹۹	۱۹۰			سایہ کے کنارے کی سورج کے چھپنے کے
۳۵	۸۱	مراۃ کے ذریعہ معاذہ	۱۵۵			۱۹۰			
۳۶	۸۲		۱۵۶	۵۳	۱۰۰	۱۹۲			قینچی نما سایہ
۳۷	۸۳		۱۵۶	۵۵	۱۰۲	۱۹۵			ستے لین کے نقشے کے حدود
۳۸	۸۴	آنکھ کی گردش کا مرکز اور مختلف		۵۶	۱۰۶				دائیں آنکھ کے شبکیہ اور مقیاس میں نظر
		غیر شفاف مقامات	۱۵۸			۲۰۸			کا تعلق
۳۹	۸۵	معاذہ بالا وسطہ	۱۶۳	۵۷	۱۰۷				طبی بصر اور قصر بصر والی آنکھ
۴۰	۸۶		۱۶۳			۲۱۷			کا افقی قطع
۴۱	۸۷		۱۶۴	۵۸	۱۰۸	۲۱۵			مختلف عمر میں آنکھ کے بصری نقص کی تبدیلی
۴۲	۸۸	قصر بصر طبیعی نظر اور طول بصر والی آنکھ	۱۶۷	۵۹	۱۰۹	۲۱۷			(۲) طبی قرص بصری کا افقی قطع
۴۳	۸۹		۱۶۸			۲۱۷			(ب) " " "

نمبر شمار	نمبر خاکہ	نمبر صفحہ	نمبر شمار	نمبر خاکہ	نمبر صفحہ
۹۰	۱۰۹	۲۲۱	۳۹۹	دب، پختہ نزول الماریق سایہ فائز ہے	۳۹۹
۹۱	۱۱۰	۲۶۶	۴۰۰	مارگیگنی نزول المار	۱۲۹
۹۲	۱۱۱	۲۶۶	۴۱۰	مقدم غلافی نزول المار کے قطع کا خاکہ	۱۳۰
۹۳	۱۱۲	۲۶۱	۵۳۸	قرص بصری کا طولانی قطع	۱۳۱
۹۴	۱۱۳	۳۱۶	۵۵۲	بائیں آنکھ کے عضلات	۱۳۲
۹۵	۱۱۴	۳۱۹	"	"	۱۳۳
۹۶	۱۱۵	۳۴۴	۵۵۴	دائیں اور بائیں آنکھ کے عضلات کی وجہ سے گھاؤ	۱۳۴
۹۷	۱۱۶	۳۴۶	۵۶۱	دائیں و بائیں آنکھ	۱۳۵
۹۸	۱۱۷	۳۵۴	۵۶۲	منشور کی افقی اور موربہ وضع	۱۳۶
	۱۱۸	"	۵۶۳	منشور کے ذریعہ زوجی بصری بائیں	۱۳۷
	۱۱۹	"	۵۶۹	موم ہتی	۱۳۸
	۱۲۰	"	۵۷۱	"	۱۳۹
۹۹	۱۲۱	۳۵۸	۵۷۲	بائیں اور دائیں آنکھ کی مشبیہ	۱۴۰
۱۰۰	۱۲۲	۳۶۶		آنکھ اوپر اٹھانے اور نیچے گرانے والے عضلات کا فصل	۱۴۱
۱۰۱	۱۲۳	۳۷۷	۵۷۳	ادپر اٹھانے اور نیچے گرانے والے عضلات میں سے کسی ایک کے استخراج	۱۴۲
۱۰۲	۱۲۴	۳۹۰	۵۷۵	کی وجہ سے زوجی بصارت	۱۴۳
۱۰۳	۱۲۵	۳۹۵			
۱۰۴	۱۲۶	۳۹۹			

نمبر شمارہ نمبر	نمبر نمبر	نمبر شمارہ نمبر	نمبر نمبر	نمبر شمارہ نمبر
۸۹	۱۳۲	۵۷۵	۱۰۵	۱۶۰
۵۰	۱۳۳	۵۷۶	۱۰۶	۱۶۱
۹۱	۱۳۵	۵۷۸	۱۰۸	۱۶۳
۹۲	۱۳۶	۵۷۹	۱۰۹	۱۶۴
۵۳	۱۳۷	۵۸۰	۱۱۰	۱۶۵
۹۳	۱۳۸	۵۸۱	۱۱۱	۱۶۶
۱	۱۳۹	۵۸۲	۱۱۲	۱۶۷
۵۵	۱۴۰	۵۸۳	۱۱۳	۱۶۸
۹۶	۱۴۱	۵۸۴	۱۱۴	۱۶۹
۵۶	۱۴۲	۵۸۵	۱۱۵	۱۷۰
۹۷	۱۴۳	۵۸۶	۱۱۶	۱۷۱
۵۷	۱۴۴	۵۸۷	۱۱۷	۱۷۲
۹۸	۱۴۵	۵۸۸	۱۱۸	۱۷۳
۱۰۱	۱۴۶	۵۸۹	۱۱۹	۱۷۴
۱۰۲	۱۴۷	۵۹۰	۱۲۰	۱۷۵
۱۰۳	۱۴۸	۵۹۱	۱۲۱	۱۷۶

نمبر صفحہ	مبتدا	خاکہ جات	نمبر صفحہ	مبتدا
۶۵۰	۱۳۳	۱۸۹	۶۲۰	۱۴۶
۶۵۱	۱۳۵	۱۹۰	۶۲۸	۱۴۷
۶۵۱	۱۳۶	۱۹۱	۶۳۲	۱۴۸
۶۵۵	۱۳۷	۱۹۲	۶۳۳	۱۴۹
۶۶۸	۱۳۸	۱۹۳	۶۴۰	۱۵۰
۶۶۹	۱۳۹	۱۹۴	۶۴۱	۱۵۱
۶۶۹	۱۴۰	۱۹۵	۶۴۲	۱۵۲
۶۷۵	۱۴۱	۱۹۶	۶۴۳	۱۵۳
۶۷۸	۱۴۲	۱۹۷	۶۴۵	۱۵۴
۶۸۱	۱۴۳	۱۹۸	۶۴۶	۱۵۵
۶۸۱	۱۴۴	۱۹۹	۶۴۶	۱۵۶
۶۸۳	۱۴۵	۲۰۰	۶۴۷	۱۵۷
۶۸۳	۱۴۶	۲۰۱	۶۴۷	۱۵۸

نمبر	تعداد	نمبر	تعداد	نمبر	تعداد
۱۴۸	شبکیہ کے حسی اجزاء کا فرش	۱۳۰	درمیں ملی کوئی نہ کا پتہ		
۱۴۳	ماہر کے لن کا نقشہ	۱۳۳	قریب سے دیکھ کر کے کا لوپ	۲۵	۲
۲۰	نزدیک کی بھارت کیلئے مختلف ٹاپ	۱۳۴	قریب سے دیکھ کر کے کا لوپ	۲۶	۳
۲۰۵	مقیاس محیط النظر	۱۳۵	قریب سے دیکھ کر کے کا لوپ	۲۷	۴
۲۰۶	میدان بصر	۱۳۶	توڑنے کے ذریعہ سے دیکھ کر کے کا لوپ	۲۸	۵
۲۰۷	قرص بصری کا غیر معمولی قعر	۱۳۷	توڑنے کے ذریعہ سے دیکھ کر کے کا لوپ	۲۹	۶
۲۰۸	ہلال قرص بصری	۱۳۸	توڑنے کے ذریعہ سے دیکھ کر کے کا لوپ	۳۰	۷
۲۱۳	خیمہ ہلال صدغی	۱۳۹	توڑنے کے ذریعہ سے دیکھ کر کے کا لوپ	۳۱	۸
	(۱) قصر بصر والی آنکھ میں قمر بصری	۱۴۰	توڑنے کے ذریعہ سے دیکھ کر کے کا لوپ	۳۲	۹
	(۲) آنکھوں کی تین انعطافی مالیتیں	۱۴۱	توڑنے کے ذریعہ سے دیکھ کر کے کا لوپ	۳۳	۱۰
	(۳) قصر بصر والی آنکھ کا ہلال صدغی	۱۴۲	توڑنے کے ذریعہ سے دیکھ کر کے کا لوپ	۳۴	۱۱
	(۴) بہت زیادہ قصر بصر والی آنکھ	۱۴۳	توڑنے کے ذریعہ سے دیکھ کر کے کا لوپ	۳۵	۱۲
۲۱۹	کے لئے دور بین چشمہ	۱۴۴	توڑنے کے ذریعہ سے دیکھ کر کے کا لوپ	۳۶	۱۳
	(۱) شدید قصر بصر والی آنکھ کیلئے	۱۴۵	توڑنے کے ذریعہ سے دیکھ کر کے کا لوپ	۳۷	۱۴
	دور بین بینک	۱۴۶	توڑنے کے ذریعہ سے دیکھ کر کے کا لوپ	۳۸	۱۵
	(۲) شدید قصر بصر والی آنکھ کیلئے	۱۴۷	توڑنے کے ذریعہ سے دیکھ کر کے کا لوپ	۳۹	۱۶
	دور بین بینک	۱۴۸	توڑنے کے ذریعہ سے دیکھ کر کے کا لوپ	۴۰	۱۷
۲۲۳	ماہر جادو کا آلہ	۱۴۹	توڑنے کے ذریعہ سے دیکھ کر کے کا لوپ	۴۱	۱۸
	آدم جادو کی تعداد جو کہ قرنیہ پر	۱۵۰	توڑنے کے ذریعہ سے دیکھ کر کے کا لوپ	۴۲	۱۹
	بنی ہیں۔		توڑنے کے ذریعہ سے دیکھ کر کے کا لوپ	۴۳	۲۰

تصاویر	تصاویر	تصاویر	تصاویر
(۱) بالائی تہن پر تشک سے، نوی درجہ کے قروح و آبے	۱۰۹ ۱۱	دوسرے قسم کا آلہ جو کہ اسی مقصد کے سے استعمال کیا جاتا ہے جس کے واسطے	۱۰۹ D
(۲) دم معنی متفرج		ماہر عبادال کا آلہ	۲۲۴
(۳) شہر منقلب کی وجہ سے آنکھ خراب ہو گئی ہو اور قرنیہ معیہ ہو گیا ہو		مینک کے عدسوں کو ناپنے کا آلہ	۱۰۹ C
(۴) دونوں طرف جانی عضلات کا استرخ		مختلف قسم کے عدسوں کا بکس	۱۰۹ C.۲
(۵) بیرونی التواء جن		(۱) چوٹ کی وجہ سے آنکھ کا تہج	۱۰۹ E
(۱) بائیں آنکھ کے جنن اعلیٰ کا استرخا	۱۰۹ 9	(۲) دائیں آنکھ کے بالائی جنن کا سلعہ	
(۲) مسترخ جنن کو انگوٹھے سے اٹھا کر دیکھا گیا ہے۔		(۳) جنن کو الٹ کر دکھایا گیا ہے	
(۳) ایک خاندان کے تمام افراد میں جنن اعلیٰ کا استرخا		(۴) اجنن کا ناظر ناما	
(۱) بالائی جنن پر قرص مصلبہ	۱۰۹ J	(۵) چوٹ کی وجہ سے زیر جلدی ساختوں میں نزف الدم	
(۲) غظم مصفاقی کی کہیں غماطی		(۶) جنن کا سلعہ کھینچ	
(۳) آپریشن کے بعد اس کی حالت		(۱) آنکھ میں مرہم لگانے کا طریقہ	۱۰۹ F
(۱) آنکھ پر گھڑی کا شیشہ لگا کر نہ کرنے کا طریقہ	۱۱۲ ۳	(۲) کیلول چھڑکنے کا طریقہ	۲۴۰ ۲۸۵
(۲) اجنن کو پٹ کر خراب قسم کے دوہوں کو دکھایا گیا ہے۔		(۳) مرہم لگانے کا طریقہ	
(۳) خراب قسم کی مدجیبی جبین اجنن		(۴) دوا پکانے کا طریقہ	
		(۵) التباب طمخہ میں چونڈ کی وجہ سے انقباض جنن	
		(۶) التباب طمخہ میں چونڈ کی وجہ سے انقباض جنن	

فہرست رنگین تصاویر کتاب العین

صفحہ نمبر	تصاویر	صفحہ نمبر	تصاویر	صفحہ نمبر
	(۴) التہاب طمخہ خفاق و بانی	۲۵	طریق ہر بنی و شعی کے عروق	۱
	(۵) التہاب طمخہ سوزاکی	۲۳	شبکیہ کے عروق و عوی	۲
	(۶) رورہ ریج	۲۴۲	(۱) التہاب عاشیہ الجفن	۳
	(۷) بالائی جفن کی غفروف جفنی کا تہ		(۲) گودا بخنی	۱۰۹
۲۹	(۱) روہوں کی وہ حالت جس میں کہ	۵	(۳) شعیرۃ الجفن	۱۱۰
	مختلف جیہات کے لمبا سے	۱۱۲	(۴) ہلام متعدیہ	
	اجفان موٹی ہو گئی ہیں۔		(۵) سرطان اندرونی جیم کا	
	(۲) جیہات ترکو موی کی پوری تصویر		(۱) گرویات زوجہ کی وجہ سے پیدا	۱۱۱
	(۳) ہل قرنیہ جس میں عروہی بہت		ہو نیوالا التہاب عاشیہ الجفن و	
	زیادہ قرنیہ کے اندر پیدا ہو گئے ہیں	۲۹۸	زاوی التہاب طمخہ۔	
	(۴) روہوں کا آخری درجہ جس میں یعنی		(۲) بچوں کا سوزاکی التہاب طمخہ جس میں	
	ندہنی ساخت جیہات کے ٹوٹ کر		اجفان تورم اور سرخ ہیں جفنی کا	
	صاف ہو جانے کے بعد پیدا ہو گئی ہے		پیکے خشک ہو جانے سے چپک گئے	
	(۵) اجسام ترکو موی۔ ماہر جیسا کے		ہیں و اندرونی تیرہ پرکار موی پپ	
	رنگ سے رنگ کر دکھائے گئے ہیں		غایت ہو رہی ہے۔	
۳۰۹	(۱) احتقان ہر بنی زرق المانی	۶	(۳) بشری التہاب طمخہ۔ قرونی صلیبی	
	(۲) احتقان طمخی بسیط	۱۱۲	جاء اتصال پر ایک بثرہ اور دوسرا	
	(۳) احتقان ہر بنی بوجہ التہاب عنیبہ		قرنیہ پر ہے۔	

۴۰ (۱) انہما سب سے پہلے یہ کہیں کہ انہما

۱۵) تحقیق کتاب اسلام

۱۶۲ | اختتام ہوتی

پیشہ مندرجہ (۱)، احستہ زندگی میں زندگی کی ۳۳۶

شیخ برید بجا بیعتی نیست

اور حرمہ نما امتحان کیا جائے

4

(۲) بشری التھاب قرنیہ -

(۳) رند حبیبی کا ایک درجہ

(۴) پل قرنیہ کی شدید حالت

(د) منظرِ عین کے ذریعہ نیچے کی

طرف خلع مدسی دکھا ماگساری۔

۶۶، موتا سڈ کی حالت دن کی پہلی

روشنی میں۔

المجلد الثانی، (۱) تشکی فطری استیاب قرنیہ ۳۳۹

• • • (2)

(۳) مرجع

(۴) قرنیہ کا قرعہ سامعہ

• • • (0)

نحوہ (۶)

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 84

1941

1. *Phragmites australis* (Cav.) Trin. ex Steud.

تعمیر و نو سازی ہے۔

۲. غنیمت کی خوشحالی پر مشورہ

فتا

(۳) موتیابند کے آپریشن میں

فصل غنیمت کے فدا کو توڑ کر

دوسرے کو خارج کیا جاتا ہے

اس میں کچھ حصہ ظرافت کا

رہ گیا ہے۔ غلامی حقہ سیاہ

ہے اور بقیہ روشن لفظ ہے۔

• ۷۱۴

(۴) زائیس کی خور و بین سے

معائنہ گروپ پر ترقی کی

مؤخر سطح بر رسولی نقاط اور

عنیدہ برائشکی نقد اجاروں

کی صورت میں۔

(۵) ردیابی کا آخری درجہ

جس میں حییات کے اچھا

| تصاویر | تصاویر | تصاویر | تصاویر |
|--|--------------------|---|--------------------|
| (۶) ایک اپنی نگاہ بند منظر میں سے
دیکھنے پر مدد اور سوراخ روشن
نظر آتا ہے | | سننے کے بغیر یعنی مذہبی تہ
ذہن گہنی ہے۔ | |
| (۱) موتیا بند کی آنکھ کا مدد میں
پھیلا یا گیا ہے۔ | پیٹ نمبر ۱۲
۱۳۰ | (۲) عین کی خوردبین کو مدد
کرنے پر عینہ کے اوپر آنکھی
عقدہ نظر آتا ہے۔ | |
| (۲) اسی آنکھ کو منظر میں کے
ذریعہ اندھیرے کمرے میں
دکھایا گیا ہے۔ | | (۱) عینہ کا قدرن
چوب کی وجہ سے عینہ شن
ہو گیا ہے۔ | پیٹ نمبر ۱۰
۱۳۵ |
| (۳) منظر میں کے ذریعہ موتیا بند
کی دوسری قسم دکھائی گئی ہے
(۴) منظر میں کے ذریعہ موتیا بند
کی دوسری قسم دکھائی گئی ہے
(۵) دن کی معمولی روشنی میں خلع
مدی دکھایا گیا ہے۔ | | (۲) قرینہ میں سوراخ ہو جانے
کے بعد ایک دانہ کی صورت
میں عینہ کل آیا ہے۔
(۳) مدد بالکل غیر شفاف ہونے
کی وجہ سے دکھائی دیتا ہے۔ | |
| (۶) منظر میں کے ذریعہ خلع مدی
کو دکھایا گیا ہے۔ | | (۱) شق عینہ کی حالتیں
(۲) نیچے کی طرف اکٹرا ہوا عینہ
(۳) شکار قہ العین
(۴) رومائز می عقدہ عینہ پر
موجود ہے
(۵) قرینہ کا اختتام دھوی
جس میں عروق نمایاں ہو گئے ہیں | پیٹ نمبر ۱۱
۱۳۰ |
| تغلب شربانی میں آنکھ کی اندر
مشربین میں تبدیلیاں۔
دالت، طبعی تعمیرینی۔
(ب تا و) یکے بعد دیگرے سلسل | پیٹ نمبر ۱۳
۱۳۰ | | |

| نمبر | تصاویر | نمبر | تصاویر | نمبر | تصاویر |
|------|---|------|--|------|--|
| | پیدا ہونے والی تبدیلیاں
جو کہ تغلب شریانی میں
دیکھی جاتی ہیں۔
(ب) مذکورہ زرد رنگ کی شریانیں
جو پانڈی کے تاروں کی
نکل امتیاز کرتی ہیں۔
بج، دند نہ دار اور دہ | | جو کہ زرد رنگ کی شریانیں
کرتا ہے۔
(ب) عصب کے مذکورہ
ہونے کی وجہ سے دیکھی
شریان مسدود ہوئی
ہے۔
(ج) مرکزی شریان کے اندر
تغلب غذا و نکات العک
(کنور) کی وجہ سے نچو
دم۔
(د) ۱۰۰ کے بعد کسی مریض
کی حالت جس میں تغلب
اور ضمور عروق کا دکھایا
گیا ہے۔
(ه) شبکی عروق سے زرد اندر
(و) عروق کے گرد آتشکی
الغاب۔ | | ۱۳ پلیٹ نمبر ۱۲ شبکی عروق کے اندر تبدیلیاں
۱۴ (الف) مرکزی شریان کے اندر
جزئی سدہ الکا ہوا ہے |
| ۴۹۱ | ۱۵ پلیٹ نمبر ۱۳ الغابات شبکیہ
۱۶ (الف) فقر الدم خبیثہ کے اندر
تغلب شبکیہ | | | | |

| نمبر | تھاویہ | نمبر | نمبر | نمبر | نمبر |
|------|---|------|------|-------------------------------------|------|
| | اندر بول زلالی کی وجہ سے التھاب شبکیہ - | | | دج (دم ابین کے اندر التھاب شبکیہ | |
| | دھ (آتشکی التھاب شبکیہ - | | | دج (بول زلالی کے اندر التھاب شبکیہ | |
| | دو (نمور شبکیہ شبکیہ - | | | التھاب شبکیہ بصری - | |
| | قرص بصری بوجہ آتشکی | | | د (ایک مہشی کی آنکھ کے | |
| | التھاب شبکی و مہشی - | | | | |

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مقدمہ

گرم ملک میں ان طبی طب کے لئے جو امرض چشم کے علاج میں خاص مہارت پیدا کرنا چاہتے ہیں ضروری ہے کہ وہ اپنے گرد و پیش کے حالات و واقعات کا عیس نظر سے مطالعہ کرتے رہیں تاکہ ان کے تجربات دیگر اشخاص سے وسیع و ممتاز ہوں۔ یورپ کے معاینین کو یہ تجربہ ہندوستان میں رہنے سے آویسیتیں جھیننے کے بعد حاصل ہوتا ہے۔ گروہ انھیں تجربات اور مشاہدات کو منضبط کرتے رہیں تو یورپ کے نو وارد معاینین ان کے نقش قدم پر چل کر اپنی بہت سی مشکلات حل کر سکتے ہیں۔ یہ ضرور ہے کہ نو وارد معاینین کو بہت کچھ خود بھی حاصل کرنا پڑے گا۔ تاہم دوسروں کے تجربات سے بہرہ اندوز ہونے کا کافی موقع ملے گا۔ علاوہ اس کے ہمارے فارغ البال معاینین کے لئے بھی جو اپنی فطرتی ہمدی کو غریبہ کے حالات اور مشکلات کے لئے وقف کر سکیں۔ نیز ان معاینین کے لئے جن کو مدرنت علمی طے کرنے کے بعد بھی زندگی میں قدم رکھنے کے لئے وسیع اور فرخ میدان نظر آتا ہے۔ جس میں آرام و آسائش اکثر ان کے غم و رادہ کو پست کرنے وار ثابت ہوتا ہے۔ یہ طریقہ کار نہایت مفید ہوگا۔ اب ہم انھیں تجربات اور واقعات کو بو گرم ملک خصوصاً ہندوستان میں آنکھ کے معاینین اور دلیوں۔ دونوں کے لئے عجیب و غریب ہیں۔ مختلف فنون کے تحت آکر کرتے ہیں۔ ایسے مراکز ہندوستان میں بہت کم اور ایک دوسرے سے کافی فاصلہ پر واقع ہیں۔ اگرچہ مغربی طلباء طب کے لئے اس کا سمجھنا دشوار ہے۔ مگر جب ملک میں۔ ہر کوڑ کی آبادی ہو اور وہاں صرف چند شفاخانے آنکھ کے یوں تو اس ملک میں آنکھ کے دلیوں کی کیانات ہوگی۔ تاہم جن لوگوں نے گرم ملک میں انہیں چشم کا علاج سال سال بطور معائنہ خصوصی کے کیا ہو۔ وہ اس کا بخوبی

انہیں کر سکتے ہیں کہ میں کتنی بیماریاں آنکھ کی سیسی ہوتی ہیں جو نہ سب علالت و تدبیر نہ ہو سکنے کی وجہ سے مریضوں کی دینی کو ہمیشہ کے لئے زائل کر دیتی ہیں۔ ورنہ کی صحت و کسب معاش اور جمیع نوع انسانی پر برا اثر ڈالتی ہیں۔ حالانکہ اگر انہیں بیماریوں کے لئے مناسب تدبیر و حفظ اختیار کی جاتی تو بہت سے مریض بالکل اچھے ہو سکتے تھے۔ اگر انصاف کی نظر سے دیکھا جائے تو معلوم ہوگا کہ ذمہ دار اشخاص نے اپنے فرائض کی انجام دہی میں کس قدر کوتاہی سے کام لیا، خصوصاً سہ کارٹی طبی محکرات میں جو طریقہ تکمل رائج ہے وہ بڑی حد تک نامکمل اور ناقص ہے۔ فسران بالا کا خیال ہمیشہ اس امر پر رہتا ہے کہ کس افسر نے اپنے اخراجات میں کس قدر بچت کی ہے۔ بچت ہی کو ترقی کا معیار سمجھتے ہیں اور بچت کرنے والے کو اپنے لغات کا مستحق باغداد دیکر کام کرنے والوں کو جو ضروری جہتاد کو کورانہ تعلید پر ترجیح دیتے ہیں ناقابل امتیاز اور بوقت قابل عتاب سمجھتے ہیں۔ کائنات یہ ہوتا ہے کہ اعلیٰ افسران جو انتہائی مدارج طے کر چکے ہوتے ہیں ان کو اپنے فرائض منصبی اور ذمہ داری کا احساس بالکل نہیں ہوتا۔ بدیں وجہ یہ لوگ اپنے کام منصبی کو کماحقہ انجام بھی نہیں دے سکتے بہتر تو یہ تھا کہ ایسے اشخاص کو کسی چھوٹی آسامی پر مامور کر کے صرف رپیہ ہی بچا کر نیک نامی حاصل کرنے کا موقعہ دیا جاتا اور ان کو کوئی ایسی ذمہ داری کا کام نہ دیا جاتا جس میں جہتادی عمل کی ضرورت ہوتی۔

یہ وسعت نظر۔ تجل میں پرواز کی طاقت۔ ماحول کے متعلق ذاتی رائے کا رکھنا۔ روزانہ کے حالات اور حادثات سے کسی خاص نتیجہ پر پہونچنا اور ان کو عمل جامد پر اپنا کر ملکی آبادی کے اس حصہ کو کچھ فائدہ پہونچانا جن کی نہ کوئی سنا ہے اور نہ قابل ہیں کہ اپنی شکایت کو بیان کر سکیں۔ یہ تمام اوصاف ان حکام میں شاذ و نادر ہی پائے جاتے ہیں۔

اس کے علاوہ ہندوستان میں حکام ضلع و ملٹی افسران کے مابین رقابت کا مسئلہ بھی قابل غور ہے۔ حکام ضلع ملٹی افسران کی کسی سفارش کو جو پبلک کے مفاد سے متعلق رکھتی ہو قابل التفاف نہیں سمجھتے۔ یہ شکایت صرف ہندوستان ہی تک محدود نہیں بلکہ دیگر ممالک میں بھی عام ہے اور حقیقت یہ ہے کہ ہندوستان کی حکمران جماعت کے یہ صورت حال نہایت نوسان زدہ۔ حکمران قوم کو محکوم قوم کی ضرورت کا احساس ہونا چاہیے تاکہ اس سے محکوم قوم نہ صرف اپنے اخراجات میں مقدمات کی اور اس سے فائدہ حاصل کر سکے بلکہ خالقیات میں بھی ترقی کر سکے۔

ہندوستان یکم زکم چھ لاکھ اندھے اس وقت موجود ہیں۔ ان لوگوں کی تعداد اس سے علیحدہ ہے جو مختلف بیماریوں سے اندھے ہوئے ہیں یا صرف کسی حد تک اندھے ہیں۔ اس میں شک نہیں کہ اگر ان کا معقول طریقہ پر علالت کیا جاتا یا محفوظ

کی مناسب تبلیغ پر ان کو عمل کرنا یہ بتاتا تو ان میں سے کافی تعداد اندھ کرنے والی بیماریوں سے محفوظ رہ سکتی۔ اب اس نقصان کی تلافی کی پہلی صورت یہ ہے کہ آنکھ کے شفا خانوں کی تعداد میں اضافہ کیا جائے مگر اس کے ساتھ یہ بھی ضروری ہے کہ ان شفا خانوں میں نگران درمخاطب بہتر اور لائق رکھے جائیں۔ موجودہ حالت مایوس کن ہی نہیں بلکہ خطرناک بھی ہے جن کی تمام تر ذمہ داری حکام پر ہے ان کا فرض ہے کہ ان بیماریوں کی امیٹات اور انسداد کی کوشش کریں۔ مذکورہ باتیں طبیب کے دل پر نقش ہونا چاہئیں خصوصاً جب کہ بنی نوع انسان کے واسطے ہم زائد از زائد کوشش کرنے پر آمادہ ہوں۔

دوسرے آمدورفت کی سہولتیں جم ہو پچائی جائیں۔ وسائل آمدورفت یعنی ریلیں، کاری وغیرہ ہندوستان میں نیز دیگر گرم ممالک میں ضرورت کے لحاظ سے بہت کم ہیں۔ بچا پے بعض دور باز کی مسافت طے کر کے ریل تک پہنچتے ہیں اور پھر ان کو جو کرایہ ادا کرنا پڑتا ہے وہ ان کے لئے اس قدر گراں بار ہوتا ہے کہ ان کے برسوں کے اندوختے بھی کفایت نہیں کرتے اس لئے ایسے مریضوں کو شفا خانوں یا معالجوں تک پہنچنے میں بڑی دشواریوں کا سامنا ہوتا ہے بچا پے مریضوں کے لئے یہ ایک زبردست مشکل ہے جس سے ہندوستان کی کثیر آبادی کو دوچار ہونا پڑتا ہے کیونکہ یہاں کی اکثریت غریب ہی ہے۔ کثیر غریب یعنی پانچواں اندوختہ خرچ کر کے شفا خانہ تک پہنچتے ہیں پھر وہاں کے لئے ان کے پاس کچھ نہیں رہتا۔ ان تمام باتوں سے ظاہر ہوتا ہے کہ ان لوگوں کے لئے اپنی آنکھ کا علاج کرنا کس قدر دشوار ہے۔

باوجود ان دشواریوں کے ان کے دلوں میں ہزار ہا امیدیں اور حسرتیں ہوتی ہیں بعض ان میں سے ایسے مجتہد ہیں جن کو ریل پر چڑھنے کا یہ پہلا اتفاق اور اپنی زندگی کا یہ پہلا سفر ہوتا ہے جو کسی شہر کے لئے اس مقصد سے کرتے ہیں۔ کیونکہ یہ لوگ دیہاتی زندگی کے عادی ہوتے ہیں۔ سوائے دیہاتیوں کے کسی حکام اور معالجین کی انھوں نے صورت بھی نہیں دیکھی ہوتی شہر میں پہنچ کر یہ گھبراہٹیں اور پریشان پھرتے ہیں۔ معالجین کو چاہئے کہ تھوڑی دیر کے لئے اپنے آپ کو ان کی جگہ فرض کر کے ان کے سفر کو انھیں کے نقطہ نگاہ سے دیکھیں اور ان کی امیدوں اور متناہوں کا لحاظ کرتے ہوئے ہمدردی کریں خصوصاً معالجین کا فرض ہے کہ ان باتوں کا خیال رکھتے ہوئے ان کے علاج میں مشغول ہوں تاکہ جس مقصد کے لئے یہ بچا پے اتنا طویل سفر طے کر کے ان کے پاس پہنچتے ہیں۔ اس میں یہ پورے طور پر کامیاب ہوں یہی نہیں بلکہ یہ لوگ نانو اندہ بھی ہوتے ہیں جس کی وجہ سے اپنی مشکلات کا صحیح معنوں میں انداز نہیں کر سکتے۔ مذہب ان کی زبان سخنوی جاننے کے ساتھ ساتھ دوسرے درجے کی امداد کے واسطے بھی تیار رہنا چاہئے تاکہ ان مریضوں کو کامل عین ہو جائے کہ معالج ہمارا ہم نہیں ہی نہیں بلکہ ہمدردی ہے ان کو یہ بھی اطمینان ہو جائے گا کہ معالج جو کچھ بھی ہمارے ساتھ کر رہا ہے

وہ کسی کے دوسرے نہیں جانتے ہیں۔ سہ ماہی ہی یہ نرینہ یعنی جب منزل مقصود تک پہنچ جاتے ہیں تو دلوں میں غمیں مارتے ہیں کہ نہ کرے ن کی تکلیف دہ نہ بچے نہ تھوڑے اور سرکاری شفا خانہ میں نہ کے ساتھ اچھا برتاؤ ہو۔ ہذا ہمارے فرض ہو کہ جو رخصتوں کے ساتھ تشخیص کر کے نہ عدت میں کوشش کریں اور کسی قسم کی کوتاہی کو مطلقاً نفل نہ دیں بہت سے مریضوں کے بغل میں تہابی کیفیت بننے کی وجہ سے عمل جراحی یا پشین نورا نہیں ہو سکتا۔ در شفا خانوں میں زیادہ جھیر ہونے کی وجہ سے انہیں کسی وقت نفل بھی نہیں کیا جاسکتا لہذا اس وقت پر جب کہ یہ لوگ اپنے پاس کا تھوڑا یا بہت و پیہ خرچ جو جانے کی وجہ سے گھر واپس جانے پر مجبور ہوتے ہیں تو اس وقت ہم کو ن کی مصیبت کا پورا پورا احساس ہونا چاہیے کہ کسی عملی ہمدردی سے دریغ نہ کرنا چاہیے ورنہ ان مریضوں کا کنبہ کا کنبہ برباد ہو جائے گا اور مریض دوبارہ اپنی قسمت آزمائی کے لئے آمادہ نہ ہو سکے گا اور تمام عمر نا بنیائی کی محرومیوں کا مورثہ ہے گا۔ پس یہی صورت میں ان مریضوں کو جن کو اپنے علاج کے لئے مذکورہ وجہ سے شفا خانوں میں ٹھہرنا پڑتا ہے نہ صرف کھانا ہی نہ جانے بلکہ ن کی تندرستی بحال رکھنے کی بھی کوشش کی جائے تاکہ یہ سچا ہے اپنا علاج روزانہ جاکر شفا خانہ میں جھک سٹنے کے وقت تک کر لیں جن مریضوں کی صحت فائدہ کشی سفر کی طواطت یا مکان سے گر گئی ہو۔ ان کو پہلے تندرستی اور آرام سے آشنا کرنا چاہیے اس کے بعد ان کے آپریشن کی سبیل کرنا چاہیے۔ اس طور پر ان کے دلوں میں اطمینان دسکون پیدا ہو کر دل کی مضطربانہ کیفیت دور ہو جاتی ہے اور ان کا دل اس لئے ہاتھوں سے بھی مانوس ہو جاتا ہے۔

دوسرے یہ کہ ہمارے ملک و گرم ممالک میں شفا خانوں کے انصران کا یہ فرض ہونا چاہیے کہ مریضوں کے لئے صرف خوراک ہی نہ بہم پہنچائیں بلکہ ان کو اپنے سامنے کھوائیں بھی۔ یا ایسے طریقے اختیار کریں جن سے مریضوں کو وہی کھانا ملے جو ان کے واسطے جوڑ ہوا ہے جب شفا خانے کے ملازمین کو یہ معلوم ہو جائے گا کہ ڈاکٹر یا انصران والا کسی وقت بلا اطلاع خوراک یا باورچی خانہ کا معائنہ کر نیلے یا کھانے کو کچھ کر بھی دیکھیں گے تو یہ لوگ جملہ خرابیوں کو حتی الامکان دور کرنے کی کوشش کر نیلے یہ بھی خیال رکھنا چاہیے کہ کہ شفا خانہ کے ملازم مریضوں کو تنگ کر کے روپیہ وصول نہ کر لیں۔ قاعدہ کے مطابق شفا خانوں میں نذکروں کو تنخواہ کے ساتھ کھانا نہیں ملتا۔ مگر یہ قاعدہ صرف کتابی ہی طور پر وہ لوگ مریضوں کے بچٹ سے کھانا حاصل کرتے ہیں اگر کوئی انصران اس بے عزتانی کے تدارک کی کوشش کرے تو اس کو بڑی دشواریوں کا سامنا کرنا پڑتا ہے ملازمین کو بیکھلت برطرف کر کے دوبارہ کھنے سے مزید ابتری سے دوچار ہونا پڑتا ہے یہ عادت ملازمین کی فطرت میں اس وجہ سرایت کئے ہوتی ہے جتنی کہ یورپ کے تفریح گاہوں کے ملازمین میں عام حاصل کرنے کی عادت۔ اس کے تدارک کی بہترین صورت یہ ہے کہ ایسا انتظام کیا جائے کہ مریضوں کو تنگ کر نیلے مدد نہ پہنچ سکے

موسم کے خدشات اور بے شمار مختلف چیزوں کا اثر گرم ممالک میں آنکھ کے منہ پر دہت کا پڑتا ہے۔ ہندوستان کی بڑی کا
 بیشتر حصہ کاشتکاری پر اپنی گزراوقات کرتا ہے۔ بارش کے نہانے میں بہتھن کی ضرورت اس کو کمیت میں کام کرنے پڑتی
 ہے۔ اس سے وہ صبح و شام کام میں مصروف رہتا ہے اور جب کمیت کی پیداوار بچت ہو کر کٹ جاتی ہے تو اس کے بعد اس کو لوگوں کو اپنی
 تکلیف دہ بیماری کی طرف متوجہ ہونے کا موقع ملتا ہے ان مریضوں کے ساتھ جب تک ان کا کوئی عزیز مشافخہ میں رہنے کے لئے نہ
 ملے اس وقت تک یہ اپنے نزدیک اپنے علاج سے معذور ہوتے ہیں اور ان کو کسی عزیز تیار دار کے میسر آنے تک انتظار کرنا پڑتا ہے
 جس میں بسا اوقات مرض اپنی قیمتی بنیادی سے محروم ہو جاتے ہیں۔ ان واقعات کے دیکھتے ہوئے ہم کو مریضوں کے اعزہ کی جانب
 سے بڑی بدگمانی پیدا ہوتی ہے لیکن واقعہ یہ ہے کہ یہ بجائے اپنی پیدائش سے ملنے کے وقت تک ساری زندگی فاقہ کشی اور غنا
 میں گزارتے ہیں ان کے لئے محض زندہ رہنا ہی ایک بڑا مشکل مسئلہ ہے چہ جائے کمزیریت کے مقابلہ میں دوسری کم درجہ کی مشکلات کی
 جانب متوجہ ہونا۔ یہ سب کی مجبوریاں ہیں۔ بسا اوقات ان نادار لوگوں کے لئے ایک آدمی کے خورد و نوش کا انتظام کرنا بڑا دھنیا
 کام بن چھوڑ کر ان کے ساتھ رہنے کے بہت زیادہ دشوار ہوتا ہے یہی وہ بڑا سبب ہے جس کی وجہ ہم کو ہندوستانی گاؤں اور شہروں
 میں ہزار ہا آدمی ایسے ملتے ہیں جن میں کام کرنے کی قوت بالکل مفقود ہوتی ہے اور وہ بجائے مایوس ہو کر متبہ جاتے ہیں۔

ہر معالج خصوصی کو گرم ممالک میں مذکورہ بالا حالات اور واقعات کا پورے طور پر لحاظ رکھنا ضروری ہے بعض اوقات
 معالجین کو بعض آپریشن اس کے مناسب وقت سے پہلے اس امر سے قطع نظر کرتے ہوئے کہ اس کا نتیجہ کیا ہوگا اگرنا پڑتا ہے
 مثلاً موتیابند و زرق المار۔ نزول المار اخضر بہت ممکن ہے کہ اسی آپریشن پر مریض کی بنیادی کا دار و مدار ہو کر یہی مشتبہ حالت میں معالج
 کے لئے پیش کا کرنا بڑی ذمہ داری کا کام ہے مگر پھر بھی اس کو ایسی تدابیر اختیار کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جو دوسرے حالات میں نکل ہی
 ناممکن ہوتی ہیں اس طرح اکثر ان کو کوئی آپریشن بطور حفظا مقدم کے کرنا پڑتا ہے مگر ایسے آپریشن کا ان کو ان مریضوں پر
 وہم ہی نہیں ہوتا جن کے متعلق یہ خیال ہو کہ یہ ہر وقت معالج سے مشورہ حاصل کر سکتے ہیں۔

عوام کا اعتقاد | معالج کے لئے یہ معلوم ہونا تعجب خیز ہوگا کہ مریض اس کے علاج معالجہ پر کس قدر اعتقاد رکھتے ہیں جس شخص نے
 مریضوں کا علاج کسی (Out-patient) مشافخہ میں کیا ہو وہ اس سے خوشیاں تقب ہوتا ہے کہ

بسا اوقات سینکڑوں میل کا سفر طے کر کے مریض معالج خصوصی کے پاس پہنچتا ہے خصوصاً جب کہ اس کی شہرت اطراف میں دور دور
 تک پھیلی ہو۔ کبھی ایسا ہوتا ہے کہ مریض معالج تک پہنچنے پہلے بھیک مانگ کر وہیں جمع کرتا ہے اور اپنی زندگی کا تمام اندوختہ اس سفر میں

خرپ کر کے نثر تصود تک پہنچتی ہے یہاں اس کا نام لکھ کر ایک قطار میں کھرا کر دیا جاتا ہے یہ حالت میں مہملت کی طرف سے طرح دیکھتے ہیں جیسے کوئی دیوی دیوتا یا دل بپ کو دیکھ رہا ہو۔ اس وقت اس کے دل میں کسی نئی چیز سے متعارف ہونے کی کیفیت نہیں ہوتی بلکہ اس کی حالت ان لوگوں کے مانند ہوتی ہے جو اپنی قسموں اور منتوں کے پورا کرنے کے لئے کسی بڑی فائدہ یا مضر میں حاضر ہوئے ہوں اس کے دل پر مید و بھر رجا و خوف و شگ کی مختلف اور متضاد کیفیتیں طاری ہوتی ہیں کبھی اس کے دل میں یہ بھی خیال ہوتا ہے کہ میں نے تو اپنا فرض ادا کر دیا اب دیکھیں پردہ غیب سے ہماری قسمت کا کیا فیصلہ ہوتا ہے۔ پسے نزدیک یہ ایک ایسے شخص کے پاس آیا ہے جو دنیا کی نعمتیں کھاتا ہے لہذا کچھ بھی ہواں پر تن بہ تعدیر شا کر رہتا ہے۔ ان کیفیات کا اس پر اس درجہ ہجوم ہوتا ہے کہ اپنے مرض کے متعلق تمام حالت و کیفیت و سوالات کا صحیح جواب دینا بھی ناممکن ہوتا ہے ان کے دلوں میں یہ خیال ہوتا ہے کہ جیسے امریکہ کی کسی نیکوئی میں مختلف شہر طیارہ کی جاتی ہیں اسی طرح ان کا علاج بھی ہوگا کہ ایک طرف سے آپریشن کر کے ان کی آنکھوں میں بنیائی داخل کر دی جائیگی اور دوسری طرف سے وہ صبح و ساءم تندرست بنا کر نکال لئے جائیں گے۔ اپنی طرف سے کوئی بات پوچھنے کا ان کے دلوں میں خیال تک نہیں ہوتا۔ ان کے ان فہمی نظریات سے معالج کو فائدہ اور نقصان دونوں حاصل ہوتے ہیں۔ اس بے بسی کے علاوہ ایک اور محرومی ان بیماروں کے ساتھ وابستہ ہوتی ہے۔ وہ قدیم کورانہ توہم پرستی ہے جو مذکورہ بالا حالات و واقعات سے بالکل جدا گانہ چیز ہے۔ ان میں سے بعض نجومیوں سے رجوع کر چکے ہوتے ہیں اور شگون کے قائل ہوتے ہیں۔ اگر کوئی نجومی ان کے علاج کے حالات رائے لئے تو وہ آپریشن کرانے سے فوراً انکار کر دیتے ہیں۔ یا کسی دوسرے مناسب موقع کے لئے ملتوی کر دیتے ہیں۔

مختلف اوقات میں خاص خاص گھنٹے ان کے نزدیک کسی اہم اور بڑے کام کے افتتاح کے لئے زیادہ بہتر اور مناسب خیال کئے جاتے ہیں جن کے علاوہ دوسرے اوقات بہتر نہیں سمجھے جاتے۔ یہی نہیں بلکہ ان کے نزدیک دوسرے اوقات میں کام نہ ہونے سے بے نصیبی کا شکار ہونا لازم ہے لہذا معالج کو گرم مائل میں ان باتوں کا خیال رکھنا نہایت ضروری ہے۔ مگر ساتھ ہی یہ بھی یاد رکھنا چاہئے کہ ان باتوں کا مصلیوں کی ذہنیاتی بہت بڑا اثر ہوتا ہے لہذا ان کے اعتقاد کو کسی طرح کھونے کی کوشش نہ کرنا چاہئے تاکہ مریض کو یقین ہو جائے کہ وہ ضرور صحتیاب ہوگا۔ اسی صورت میں مریض بھی معالج کی امداد کے لئے دانستہ یا نادانستہ ہر طرح تیار رہتا ہے اس لئے ضرورت ہوتی ہے کہ موسم اور وقت کا بخانا رکھتے ہوئے ان کے معتقدات اور رجحان و میلان کی کسی نہ تک موافقت کی جائے معالج کے لئے یہی آسان ہے کہ وہ نجومی پرایا یا اثر ڈالے کہ وہ آپریشن کا وقت دہی بتائے جو

سناٹا پسند کرتا ہے تاکہ مرضی بلا کسی تکلف کے مسرت کے ساتھ اپنا آپریشن کرنے کو تیار ہو جائے۔ نجات میں اس کے گریہ و زاری کو یہ یقین دلایا گیا کہ اس وقت آپریشن کرنے سے وہ جی صیبت کا شکار ہونے والا ہے تو پتی بندھی ہوئی حالت میں اس کو مختلف ذہنی عوامل سے متعلق ہوں گے جو بڑی حد تک تکلیف دہ ثابت ہوں گے۔ یہی وجہ ہے کہ کامیاب جراحیوں میں ہمیشہ مذکورہ طریق کو استعمال کرتے ہیں جس سے ان کی جلد مشکلات آسان ہو کر ان کی کامیابی اور کامیابی کا باعث بنی ہیں۔ ان تمام چیزوں کے علاوہ ایک کمزوری ان میں اور بھی ہوتی ہے وہ یہ کہ بلا کسی طبیب کے مشورہ کے کبھی کبھی دودھ اور دھڑکی بتائی ہوئی دسی، دودھ کا استعمال کر بیٹھتے ہیں اس سے دو نقصان ہوتے ہیں اول یہ کہ علاج کے دوران میں ان دودھ کے استعمال سے مختلف خرابیاں پیدا ہونے کا اندیشہ ہوتا ہے اور پیدا ہو بھی جاتی ہیں؟ دوسرے یہ کہ تکلیف کا زیادتی ہو جاتی ہے، اگر نشتان پہنچنے تو معالج کے غلات پر الزام رکھا جاتا ہے اور فائدہ پہنچنے تو ان دودھ کی طرف منسوب کرتے ہیں۔ تو ہم پرستی کا یہ واقعہ صحیح ہے کہ ایک مریض نے کسی مریض میں کچھ پتے استعمال کئے، اور جب فائدہ نہیں ہوا تو اس نے خیال کیا کہ وہ پتے پانڈ کی کسی تالیخ میں جو اس کے لئے ضروری تھیں نہیں حاصل کئے گئے، یہی وجہ ہے ان سے فائدہ نہیں ہوا۔ اکثر ان کی جہالت اور توہم پرستی سے لوگ ناجائز فائدہ، ٹھاتے ہیں یہ شکایت ہندوستان میں بہت عام ہے جس کا صحیح اندازہ مختلف ریاستوں میں پہنچ کر ہوتا ہے۔ میرا خیال ہے کہ ہر مریض کو شفا خانوں میں داخل ہونے کے بعد وہاں کے ملازمین کو کچھ دینا پڑتا ہے اگر وہ ایسا نہ کرے تو اس کو مختلف طریقہ سے تنگ کیا جاتا ہے کھانا کم دیا جاتا ہے جو دوا اس کے دیکھنے والے جاتوڑی جاتی ہے وہ اس کو نہیں دی جاتی۔ یہ کہ مریض کو ٹال دیا جاتا ہے کہ ڈاکٹر نے دوا بند کر دی اور اگر ڈاکٹر چاہے کہ بعد شفا یاب ہو کر اپنے مکان کو واپس جائے تو اس کو جلد آپریشن کے تیار نہیں کیا جاتا بلکہ مختلف جیلوں میں ڈال دیا جاتا ہے۔ بعض اوقات اس سے زائد تکلیف دہ طریقہ نوکر چاکر استعمال کرتے ہیں مثلاً یہ کہہ دیتے ہیں کہ فلاں ڈاکٹر یا معالج خود بھی روپیہ یا کوئی اور قیمتی شے بطور تحفے کے وصول کرنا چاہتا ہے اور اس کے وصول کرنے کے بعد اس کا آپریشن کیا جاتا ہے۔ جو لوگ یہاں کے سرکاری شفا خانوں کی رضا اور ان کے حالات سے ناواقف ہیں۔ ان کے نزدیک ان باتوں کا استیصال بالکل آسان معلوم ہوتا ہے مگر حقیقتاً یہ بہت زیادہ دشوار ہے خواہ کتنی ہی کوشش کیوں نہ کی جائے کسی عام کے جرم کی شہادت ملنا ناممکن ہو چو کہ یہ عادتیں ان کی فطرت میں سرایت کئے ہوئے ہوتی ہیں اور ان کی صلاح کلیتہً غیر ممکن ہے۔ لہذا ہم کو بھی کسی قدر حشمت پوشی کرنا چاہئے گراں کا خیال رکھیں کہ کسی خاص حد سے تجاوز نہ کر سکیں۔ ہاں اس کے تدارک کی

صرف ایک صورت یہ ہو سکتی ہو کہ معائنہ مریضوں کے ساتھ نہایت محبت سے پیش آئے اور ان کو اس بات کا یقین دلائے کہ وہ ان کا صحیح معنوں میں دوست ہے جو اس طرح زیادہ سانی سے ہو سکتا ہو کہ مریض کے پاس کچھ دیر تک بیٹھ کر اس کے دکھ درد میں شریک ہو۔ اور اس کے واسطے اپنے تئوں سے دقت کا شمار کرے۔ مریضوں سے ان کے گناہوں۔ گھر۔ رشتہ داروں۔ بچوں کے متعلق نہایت محبت کے ساتھ کچھ باتیں دریافت کرے تو مریض اس کو اپنا بہتر دو جان کر نہ صرف اپنے مقلد بلکہ اپنے متعلقین کے متعلق بھی عام باتیں بتا دیگا۔ ایسا کرتے رہنے سے ایک عتدالی صورت قائم ہو جائے گی۔ اس سے نہ صرف یہی ہوگا بلکہ مریض بجا پر جب مکان واپس جائے گا تو معالج کی بہت زیادہ تعریف کرے گا۔ اور یہ تعریف ہر حیثیت سے معالج کے لئے مفید ہوگی۔ ہذا ہر معالج کا فرض ہو کہ اس کو اپنے مریض کے عادات رسوم اور زبان کا پورا پورا علم ہو تاکہ وہ مریض مریض اور علاج سے باخبر ہو جو عہدہ آسکے بعض اوقات مغربی تاثرات کو قبول کرنے کے خلاف مشرقی ممالک میں ام میں ایک خاص چڑچاڑ جاتی ہو وہ انسانی ہمدردی جس کا چرچا پچھلی ۱۹ صدیوں سے مشرقی ممالک میں چلا آتا ہے اور جس کے مقلد ہم بلا خوف تردد یہ کہہ سکتے ہیں کہ یہ ہمدردی عیسوی تاثرات کو مشرق میں پہنچانے کی ذمہ دار رہی ہو۔ ہندوستانیوں کا اس سے متاثر ہونا بجا ہے۔ مغربی تہذیب کے علم بردار اگر صرف انسانی ہمدردی کی بنا پر ان غربا کی مدد کریں اور نہ یور علم و عمل سے ان کو آراستہ کریں تو ایک حد تک کوئی حرج نہیں۔ جو لوگ اس کام کی انجام دہی کے ذمہ دار ہیں وہ عموماً عیسائی مشنری طبقہ سے تعلق رکھتے ہیں جس کی دلی خواہش مذہب کی تبلیغ ہوتی ہے گویا وہ اپنی ہمدردی کا اس کو معاوضہ سمجھتے ہیں اور اس کے گوشاں بستے ہیں یا اس ہمدردی کوئی صحیح معنوں میں ہمدردی کرنے والا ہو تو ہمارے اہل وطن جو قہر جو پونچھتے ہیں اور ان کو تبلیغ مذہب اور خدمت خلق دونوں کا موقع ملتا ہے۔ یہ ضرور ہے کہ مغربی معالجین کو ہندوستان میں زیادہ مشکلات پیش آتی ہیں۔ تاہم جو لوگ پورے طور پر لوگوں کے دلوں میں گھر کر کے اپنے تئوں ان کا سچا ہمدرد ہونے کا یقین دلاتے ہیں۔ ان کے پاس لوگ بلا تکلف چلے آتے ہیں کیوں کہ بچائے غریبوں کے نزدیک ایسا معالج جو ان کی تکلیف دور کرنے پر آمادہ ہو وہ ایک بڑے محسن سے کم وقت نہیں لگتا ہندوستانی معالجین کے لئے بھی یہ تمام باتیں اتنی ہی ضروری ہیں جتنا کہ مغربی معالجین کے لئے۔ بلکہ میرا تو یہاں تک خیال ہے کہ اول الذکر کو ہر چیز میں نوزاد کرے سبقت لے جانی چاہئے کیونکہ ہم پر یہ ذمہ داری دو طرح سے عائد ہوتی ہے اول یہ کہ اپنے اہل وطن کی خدمت ہمارا فرض ہو۔ دوسرے یہ کہ تمام باتیں ہندوستانی ہونے کی حیثیت سے ہمارے لئے آسان ہیں۔

مشرقی مستورات۔ عورتوں کا اثر نجومیوں سے بسا اوقات زیادہ ہوتا ہے ایک شخص اپنے یا اپنے بچے کے متعلق کسی معالج

کی رائے پوچھتا ہے اور اس پر یقین بھی رکھتا ہے۔ چہرہ بھی وہ مذاقات ہی فیصلہ کرتا ہے کہ پہلے اپنے گھر میں مستورات کی رہنے
 حاصل کرنے اور یقیناً نہ ہے کہ ان ستورات کا فیصلہ جیشہ پریشی کے خلاف ہوتا ہے۔ میرے خیال میں اس کی وجہ یہ ہو سکتی ہے کہ تعلیم
 سے بے بہرہ ہو۔ بالکل انکسار زندگی بسر کرنے کی عادی ہوتی ہیں۔ نکاح ہے کہ ایسی صورت میں ان کی رائے ہمیشہ ہی جو کی غویب
 تو درکنارہ دوں کا بھی یہی حال ہے اگر کسی شخص کو پریشی کی رائے دینی جائے تو باوجود مفید جاننے کے بھی دل سے ہی چاہتا ہے
 کہ کسی طرح سے بچ جائے تو بہت ہے۔ اس کی خیال کو تنویر پہونچانے کے لئے ایسا آدمی نہ صرف گھر ہی میں رائے پہونچا
 بلکہ دوسرے ڈاکٹروں اور محکمہ کے پاس بھی جانے گا جو اس سے یہ کہے کہ اس کی بیوری علاج طلب نہ ہو۔ اگر پریشی کی
 کوئی خاص ضرورت نہیں ہے۔ یہ مرض اسی کو سبب لاتی سمجھے گا اور اسی سے علاج کے لئے رجوع کرے گا اور پورا بھر دوسری سی
 پرہیز کرے گا۔ اس جہات کی حل وجہ تعلیم سے ہے۔ ان مرضی ہر اس طرح کو صحت کی بلے زبان کی تعلیمی روشنی ان کے حقیق
 کے واسطے بھی کارآمد ثابت ہوگی اور ہر کام میں یہ نسوانی سبق ہماری سے ہمیشہ کا کام لے گا اور ہم کو انواع و اقسام کی
 نکبت و طاقت سے بچ کر تہائی ات افزائی کا باعث بنے گا۔ خدا شکر ہے کہ ہندوستان میں کسی قدر ستورات میں تعلیم مقبول ہونے لگی
 ہے۔ اس ہندوستان میں ایسی خواتین بھی ملتی ہیں جو تعلیمی روشنی نیالی کی وجہ سے صحیح معنوں میں مشرقی ہیں۔ یہ صحیح بات کو ماننا
 اپنا فرض سمجھتی ہیں اور دوسروں کو ہم خیال بنانا اپنا نصب العین جانتی ہیں۔ محبت و شفقت سے دوسروں کو نیک شورا دیتی ہیں۔
 غیر تعلیم یافتہ وطنی معالجین کا اثر | اس وقت صرف اس قدر ہی ہر کر دینا کافی ہے کہ ان لوگوں کا اثر و طرف کا ہوتا
 ہے۔ اول یہ کہ ان کا جہاد ڈاکٹروں اور ان کے علم کے خلاف بالکل کھلا ہوا ہوتا
 ہے۔ ایسا کرنے سے ان کو فائدہ پہونچتا ہے۔ عام پبلک میں گھل مل کر ہر طریقہ سے جھوٹ بونا اور تلبیوں کے متعلق
 غلط فہمی پیدا کرنا ان کا بہترین مشغلہ ہے۔ ان کو اپنی زندگی کے ہر لمحہ میں ایسے مواقع ملتے ہیں جن میں یہ اپنا زہر پلا اثر طرف
 پھیلاتے رہتے ہیں اگر کسی مرض میں طبیب کو ناکامی ہو تو بہت ہی بُری طرح اپنے فائدہ کی خاطر رسوا کرتے ہیں۔
 معالجین خصوصی کے لئے یہ غیر تعلیم یافتہ جراح ایسے مرضیوں کو بڑھاتے ہیں جو ان سے آنکھوں کا علاج کر کے ناکام رہیں
 ان مرضیوں کی تعداد اس قدر کثیر ہوتی ہے کہ اگر یورپ میں مثال پائی جائے تو ایسے لوگ پبلک کو دھوکہ دینے کے جرم میں سزا دیا کر دیا جائے گا۔
 گرم ممالک میں امراض چشم کی کثرت | یہ نہایت وثوق کے ساتھ کہا جاسکتا ہے کہ ہندوستان میں ایسے لوگوں کی تعداد
 بہت ہی کم ہے جو جوانی تک پہونچتے پہونچتے مختلف قسم کے امراض چشم میں مبتلا ہوتے ہیں

ان سے نئے حالات مسم دھوا کے تیز تر مختلف قسم کے جراثیم کو پھیلانے میں مدد ہوتی ہیں جو بالآخر طعنے میں مختلف بیماریوں کا سبب بنتے ہیں نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ آنکھ کی بہت سی بیماریاں وبائی صورت میں ہر سال نمودار ہوتی ہیں۔ یہ ضرور ہے کہ ان میں کوئی ایسی ہی ہوتی رہتی ہے مگر آنکھ کے شفاخانہ میں ہر حالت میں کافی جھگھٹ لگا رہتا ہے۔ میرا نے خود وبائی زمانہ میں پانچ پانچ چھ مریض ایک ساتھ وبائی مرض کے ایک ایک شفاخانہ میں دیکھے ہیں جب یہ وبائی بیماریاں رونما ہوتی ہیں تو ایسے مریض جو پیسے ہی سے کسی مرض میں مبتلا ہوں۔ ان کی تکلیف میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ غور کرنے سے معلوم ہوگا کہ مشرقی ممالک میں کس قدر تعداد بیماریوں کی ہوتی ہے جو اس سے قبل التهاب طعنے میں مبتلا ہوتے ہیں۔ خصوصاً چین اور افغانستان ایسے ممالک میں رہا علاج معالجہ کا سوال تو یہ بتانا ہے کہ مشرقی ملک میں اس کا انتظام بھی تنگ قفس جریاں کنہا ہے کہ بھی ابتدائی حالت میں ہے۔ معالجین کی تعداد کم ہونے کی وجہ سے اکثر مریض ٹھہر لو اور یہ پر اکتفا کرتے ہیں جن میں سے بعض بڑی خطرناک ہوتی ہیں۔

وہ باب جو قرینہ کا التهاب پیدا کرتے ہیں یا طبقہ عنبیہ یا عصب باصرہ کے التهاب کا باعث ہوتے ہیں یورپ اور ایشیا میں یکساں طور پر یہی بیماریاں پیدا کرتے ہیں۔ گرم ممالک میں تسلسلی یا ذہری بیماریاں بہت ہیں۔ ان کے علاوہ عددی ذاتی کی وجہ سے مفعی شکایات بھی یورپ کے مقابلہ میں مشرقی ممالک میں زیادہ ہوتی ہیں۔ مثلاً مشرقی باشندوں میں "التهاب شہ" ذاتی قسم پیدا کرنے کا سبب ہوتا ہے۔ میریا جھپٹ اور بہت سی نامعلوم بیماریاں جو یورپ میں بالکل ناپید ہیں۔ ہندوستان میں اور دیگر مشرقی ممالک میں امرنہ چشم کے پیدا کرنے میں معاون ہوتی ہیں۔

ہمیں یہ یاد رکھنا چاہیے کہ مشرق میں بہت زیادہ شکایت موتیا بند کی ہوتی ہے۔ آبی طرح زرق لعل اور دسی رکاوٹ جھنکی شکایات اور دیگر امراض چشم جن کے آپریشن کی ضرورت پڑتی ہے ان میں مشرقی باشندے بکثرت مبتلا ہوتے ہیں۔ اس وقت یہ بحث کرنا کہ ان میں سے کون زیادہ یا کم خطرناک ہیں یا ان میں سے کون مشرق میں زیادہ اور کون یورپ میں زیادہ ہوتی ہیں بے سود ہے۔ لہذا ہم اس کو نظر انداز کرتے ہیں۔

مختلف امراض چشم کے مریض مشرقی معالجین کے پاس بہت دیر میں پہنچتے ہیں۔ خصوصاً آنکھ کے سلسلہ خبیثہ کے مریض تو اس وقت ڈاکٹروں یا کمال کے پاس پہنچتے ہیں جب ان کا آپریشن ناممکن ہوتا ہے۔ اس وقت معالج کے بس میں صرف یہ رہ جاتا ہے کہ وہ مریض کو اس قبول کرے کہ وہ باقی زندگی گزار سکے اور درد وغیرہ کی تکلیفیں کم ہو جائیں۔ یہ رسولیاں بعض اوقات اتنی بڑی دیکھنے والی ہوتی ہیں کہ ان کو دیکھ کر تعجب ہوتا ہے اور سمجھ میں نہیں آتا کہ مریض کیوں اب تک کسی معالج کے پاس نہیں گیا۔ یہ دیکھ کر کہ جہالت نے مریض

کی حالت میں قدر دی ردی ہو۔ دل کو سخت تکلیف دیتی ہو۔ مگر شکل یہ ہے کہ ایسے مریض گریس کے پاس شروع میں یہ پوچھ جائیں اور تشخیص بھی صحیح ہو جائے تو جی آپریشن کے لئے ہی طے تیار نہیں ہوتے۔ بلکہ بدگئی کی بنا پر معائنہ کے لئے کوہنیتی پر مبنی کرتے ہیں اور فائدہ سے محروم ہوتے ہیں۔

موتیا بند کے مریض جن کے آپریشن کا صحیح اور بوزوں دقت گذر چکا ہوتا ہے اس قدر عام ہیں کہ تشریں آپریشنوں میں کہ نہ کہ اس میں اس طرح کے ہتے ہیں۔ انتہائی موتیا بند کے بعد زرق الما کا نمبر ہے اس کو ہمیشہ یاد رکھنا چاہئے تاکہ کسی وقت صحیح تشخیص میں دقت نہ ہو ابتدائی زرق الما کے مریض اس قدر دیر کے بعد ڈاکٹروں کے پاس پہنچتے ہیں کہ ان کی بنیادی کے محفوظ رکھنے کے لئے کوئی تدبیر نہیں ہو سکتی۔ ایسے وقت میں ہم صرف مریض کی تکلیف اور دکھ کو کم کر سکتے ہیں۔ عنبیہ کے التهاب کی جب بہت خراب حالت ہو جاتی ہے تو اس وقت مریض علاج کا ارادہ کرتا ہے۔ بعض اوقات تو علاج کی بے ترتیبی و بد عنوانی سے مریض کی حالت بہت ہی ردی ہو جاتی ہے شفا خانوں میں عموماً قدیمین کے غائب ہو جانے کے بعد مریض آتے ہیں۔ اسی وجہ سے زرق الما کے مریض کثرت کے ہتے ہیں۔ اور زرد جی یا ریبوں کے مریض اگر ابتدائے میں ہی میں ڈاکٹروں کے پاس پہنچ جائیں تو ان کی بنیادی جو مضرات سے محفوظ رکھی جاسکتی ہے۔ حالانکہ مشرقی ممالک میں جس قدر مریض ان بیماریوں سے اندھے ہو جاتے ہیں ان کی کوئی انتہا نہیں ہے۔ مذکورہ بالا بیماریوں کے علاوہ قزنیہ کے قروح عموماً پائے جاتے ہیں۔ نظام ذمی کے التهاب کے ساتھ ہی قزنیہ کا ہر تعلق ہے۔ ان روزانہ شفا خانوں میں نظام ذمی کے پانچ پانچ آپریشن کرنے پڑتے ہیں۔ کاشتکاروں کے طبقہ میں ان کے روزانہ مشاغل میں چونچ پیٹ کے لگ جانے اور بچوں کے ناخنوں کے زخموں سے پڑنے لگے ماحین کے علاج کی وجہ سے ایسے مریض ہتے ہیں جن کی آئندہ کے ڈیسلے میں التهاب قائم ہو چکا ہوتا ہے۔ جاہل قوموں میں مینائی کے تحفظ اور اصلاح کا خیال بہ نسبت یورپ کے باشندوں کے بہت کم ہوتا ہے۔ ہندوستانی باشندوں میں صرف تعلیم یافتہ یا جن کو تعلیم یافتہ لوگ توجہ دلاتے ہیں۔ وہ اپنی مینائی کے تحفظ کے لئے ڈاکٹروں سے رجوع کرتے ہیں۔ زیادہ تر یہاں کے لوگ عینک خریدنے کی استطاعت نہیں رکھتے۔ اسی وجہ سے موتیا بند کے آپریشن کے بعد ان لوگوں کی حالت خراب ہو جاتی ہے۔ اس کے علاوہ مستورات عینک کا استعمال پسند ہی نہیں کرتیں کیوں کہ ان کے لباس ان کا مذاق آتے ہیں۔ ان کے نزدیک ہمایوں کا استہزا اپنی سلیکٹ اور بیماری سے زیادہ اہم ہوتا ہے۔ تعلیم یافتہ طبقہ میں ان لوگوں میں جو لکھنے پڑھنے کا کام کرتے ہیں مینائی کے امتحان کا رواج اور ضرورت بڑھتی جاتی ہے۔ جینک پین۔ رول۔ آپریشن میں ان کے لوگ بہت کم کرتے ہیں اور جو ارادہ بھی کرتے ہیں تو ان کی عمر بہت زیادہ اوجیز ہوتی ہے یا جن کو دوبارہ ٹھادی کرنے کا تہیہ

ہوتا ہے۔ یہ دینیہ خصوصیت کے ساتھ جگہاں کے بعض امور بھی کہتے ہیں۔

مذاک گرم ملک میں غذا کا حوالہ جاریوں پر ہوتا ہے اس کے متعلق خصوصاً موتیا بند کے سلسلہ میں بہت کچھ لکھا گیا ہے۔ سب سے قیامت یہ ہے کہ اس کے متعلق جو کچھ بھی لکھا گیا ہے اس کا صحیح طور پر علم نہیں ہو چوں کہ علماء اس ملک میں ہنری اور بتورت کا استعمال زیادہ ہوتا ہے اس سے کسی خاص غذا کی جانب کسی اثر کو مذہب کر دینا کچھ مشکل نہیں ہو سکتا۔ تحقیقات کے بغیر ایسا کرنا مناسب نہیں۔ کیونکہ توہم و دھوپ گرمی، ہوائی عادت، متغیر آب و ہوا، اثرات کے علاوہ اور بہت سی چیزیں ہیں جن کو ان اثرات میں کافی دخل ہے۔ مہذبان چیزوں کا لچ نہ بھی ضروری ہے اگر آبادی کے دو حصے ایسے ہیں جو گوشت اور ہنری کھانے کے عادی ہوں وہ ان میں سے کسی ایک حصہ میں کوئی خاص بیماری بھی پیدا ہو تو اس کو نہیں بھوننا چاہیے کہ بیماری عداوت چیزوں کے کسی درجہ سے بھی ہو سکتی ہے لیکن ہے کہ اس کا متعلق خوراک سے مطلقاً نہ ہو۔ ہو سکتا ہے کہ ان کے مکانات یا گاؤں شہر کے کسی خاص جگہ پر واقع ہونے کی وجہ سے کیفیت مرض ان میں پیدا ہوئی ہو یا ان کے پینے کے پانی سے اس مرض کا متعلق ہو۔ یا کسی ایسی دوسری وجہ سے جو جس کو شاید نہ کرنے والا نظر انداز کر چکا ہے۔ نجاستی اور پوشیلے ماحول کے لئے گرم ممالک میں ہنری و مو کی دریافت اور نئے تجربات کے حاصل کرنے کا بہت موقع ہو۔ مگر ساتھ ہی بڑے نور و فکر کی بھی ضرورت ہو۔

یہ خیال ہے کہ ہمیشہ بعض بدینی باتیں ہی بیماریوں کا سبب نہیں ہوا کرتیں بلکہ سب اوقات امراض کا متعلق نہایت پوشیلے اور مخفی امور ہوتا ہے جن کے مہلک کرنے کے لئے تشریحی علم ہونا ضروری ہے لہذا ہم امراض چشم کے متعلق ضروری مقدمہ کو تمہارے تشریحی مباحث شروع کرتے ہیں۔

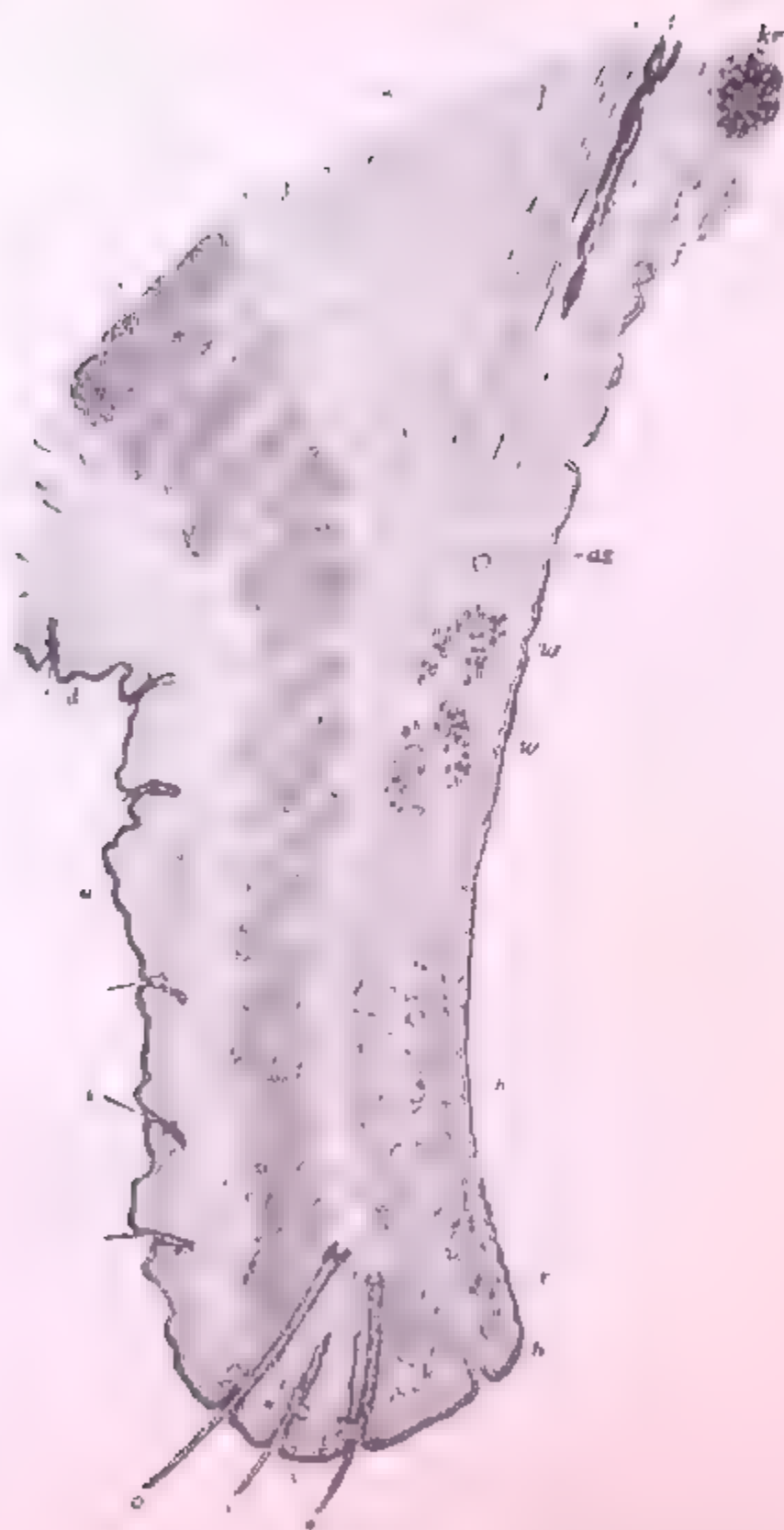
”تشریح“

اجفان

اجفان بیرونی جلد کے ان حصص کا نام ہے جو مقدمین کو ڈھانکتے اور اس کی حفاظت کرتے ہیں بالائی اجفان اوپر کی طرف بروا جوڑوں پر ختم ہوتی ہیں اور زیرین نیچے کی طرف رخسارے کی جلد سے متصل ہوتی ہیں ان کو کھولنے پر اجفان کے کئی فترتے عین کو نیچے اور اوپر سے مہلک کرتے ہیں اور بالائی وزیرین اجفان اکیس دوسرے سے مل کر زاویہ چشم بناتی ہیں۔

بیرونی حقیقہ بیرونی جانب دونوں جفانوں کے ملنے سے جو زاویہ پیدا ہوتا ہے اس کو بیرونی حقیقہ کہتے ہیں۔ اندرونی جانب

وہاں جس کا نام ہی قطعہ اوپر کے حصہ میں چھٹی چٹا ہے (۱) اذکار
 کئی ہے وہاں یہ کہ چھٹی چٹا اور کی طرف گھس ہوئی ہے ۔ پچھ
 چھٹی چٹا میں یہ رہیں مقدم کڈا۔ کے اوپر سے گذر کر (۱) ہی صورت
 میں لکھی ہوئی رہتے جاسی ہے ۔ اس کے اندر باریک باریک دوہن
 پڑے جاتے ہوں ۔ (۱) عدد ہوتی ہے (۱) چٹوں کے مقدم آواز کلام
 یہاں ۔ ان مڈگن کے واپس راس نے شہس عدد پڑے جاتے ہوں ۔ موحو
 مڈگنی حروف صلات پر سزاہ جارب و دہن کئے ہوئے دکھائی دیتے ہوں ۔
 اور ان کی تلافی شہس حروف صلات کے ساتھ ساتھ چاکو ان کے اندر کھائی
 ہوں ۔ اس صورتی قطعہ میں چٹا کے نیچے نصف فاصلہ اجمن نے الزباب
 گئے ہوئے مشتبہ حروف کی صورت میں موحو ہوں (۱) چٹوں کی موحو
 ۔ ضیح جو کہ ۔ تلافی سے ملحق ہوتی ہے ، اس پر ۔ ملحقہ اسے کرتا ہے ۔
 او (۱) حروف ضرورت چھٹی کے ساتھ مضبوطی سے ۱۰ ہوتا ہے ۔ (۱) ملحقہ
 چٹا کے اندر الگ الگ حروف دہنئی دیتے ہوں خصوصاً (۱) او ۔ ان کے
 درمیان حصص میں (۱) سے اوپر ہر ایک طاق چٹائی (۱) ملحقہ ہی
 ہندی ساخت اختیار کرتا ہے ۔ مڈگنی ہو مہوں کے ملحقہ چٹوں کے موحو کلام
 کے ساتھ دہتے ہوں ۔ (۱) ان عدد سے اوپر انوی عدد پڑے جاتے ہوں ۔
 (۱) ان کے اوپر آواز کے عدد ہوتے ہوں ۔ چٹوں کے مقدم جارب و دہن
 پڑا جاتا ہے اس نے مڈگنی فاصلہ رافعتہ اجمن کا ونو ملتا ہے (۱) (۱)
 مڈگنی ونو سے الزباب فاصلہ رافعتہ اجمن کے وسط میں سے ہو کر چھٹی چٹا تک
 پہنچتے ہوں ۔ (۱) مڈگن کی چٹوں کے اوپر (۱) مضبوطی آوس دکھائی
 دیتی ہے •



ن کے باہم ملنے سے جو زمین پیدا ہوتی ہے اس کی شکل گھوڑے کے سم کے مناجاتی جیو س کو اندرونی حقیقت کہتے ہیں۔

بعض کچھ فحشہ امین است میں سمٹ ہوتا ہے مگر عامہ پر جفا کی حد تک ملتی ہیں کہ بدلتی جنم سے قرنیہ کے اوپر کا
 جس کی قدر واد کا رہتا ہے۔ زیرین بن قرنیہ کے زیریں حصے سے ذرا بٹ کر نیچے رہتی ہے جو انکھیں بڑی اور ابھرتی معلوم
 ہوتی ہیں وہ حقیقت بڑی نہیں ہوتی بلکہ ناک کا نشتہ امین زیادہ ترن ہوتا ہے اس طرح چھوٹی معلوم ہونی والی انکھیں دراصل چھوٹی
 نہیں ہوتی بلکہ ان کا نشتہ بعض معمولی حالت کے مقابل میں چھوٹا یا کم مشابہ ہوتا ہے

بھان کی جلد نسبت تیسرے جہانی جلد کے چلی ہوتی ہے اور پنی زیرین ساختوں کے ساتھ غیر شخمی نیچے واصل کے ذریعہ
 رہتی ہے اس کو ہم باسانی نیچے اوپر کر سکتے ہیں یہی وجہ ہے کہ آنکھ کے کھلنے اور بند ہونے پر آسانی کے ساتھ اس میں نہیں پیدا
 ورماب ہو جاتی ہیں۔ رسیہ اشکی مں کی اجھان کی جلد میں بہت پتیلیں رہتی ہیں، ہوتی ہیں

جھان کے قریب یعنی مذنی ساخت کے بننے کی وجہ سے اس میں بدھوتی جی بہت جلد پیدا ہوتی ہے جو اجھان کی جلد پنی
 زیرین ساختوں سے چونکہ غیر تکمیل طبع ہوتی ہے اس سے زیادہ پنی ساختوں میں اجتماع خون یا تھج کی وجہ سے
 اس پر اثر پڑتا ہے اور کمزوروں پر زیرین غضروف کے ساتھ جلد کا کھانک ثابت ہو جاتا ہے۔ آنکھ کے بند ہونے کی صورت میں بال
 جھن کا زیرین کنارہ زیرین جھن کے باہمی کنارہ پر ٹھیک ٹھیک منطبق ہو جاتا ہے اور غدوائی بومین کے ترشیت کی وجہ سے
 رطوبت وسیع باہر کو خارج نہیں ہو سکتی جن لوگوں کے عضلات جھن کی وجہ سے، بھان بہت زور کے ساتھ بند ہوتی ہیں ان کی
 آنکھوں کو زور سے کھولنے پر کئی قطرے آنسوؤں کے باہر نکل آتے ہیں قطرات حقیقتہً اسی حوشتہ مریہ کے جتے ہیں جو اجھان کے بند ہونے پر
 ہی جاتی ہیں اور باہر کو خارج نہیں ہوتی ان ہی قطرات کے نکلنے سے یہ نتیجہ نکلیا جاتا ہے کہ جھان کے بند ہونے پر ماری رطوبت باہر کو نہیں نکال سکتی
 اجھان کے کناروں کی سطحیں جو ایک دوسرے پر منطبق ہوتی ہیں۔ ان کے دو کنارے ہوتے ہیں جن میں سے ایک مقدم
 اور دوسرا موخر کنارہ کہلاتا ہے۔ مقدم کنارہ کسی قدر گولائی سے ہوتا ہے جو وہاں سے دنگاں کے بال لگے ہوتے ہیں باہمی جھن
 کے ٹرگاں کے بال زیادہ بے جھٹے ہیں اور موخر کنارہ حقیقتہً وہ مقدم ہوتا ہے جوں سے اندر کی طرف منحنی کی تبدیلی ہے جو مقدم
 عین کے اوپر جھن کی پوری باہمی میں یہ کنارہ پایا جاتا ہے اور گول نہیں بلکہ دھاردار ہوتا ہے۔ اسی کے ذرا سامنے کی طرف اس پر
 ایک قطار نقاط کی پائی جاتی ہے۔ یہ نقاط حقیقتہً سطح پر غدوائی بومین کے منہ ہوتے ہیں۔ اس سطحی لکیر درخشاں کے درمیان
 ایک ناکسری خط دکھائی دیتا ہے جس سے جھن کا یہ کنارہ دو حصوں میں منقسم ہو جاتا ہے ان میں سے ایک مقدم دوسرے کو موخر کہتے ہیں

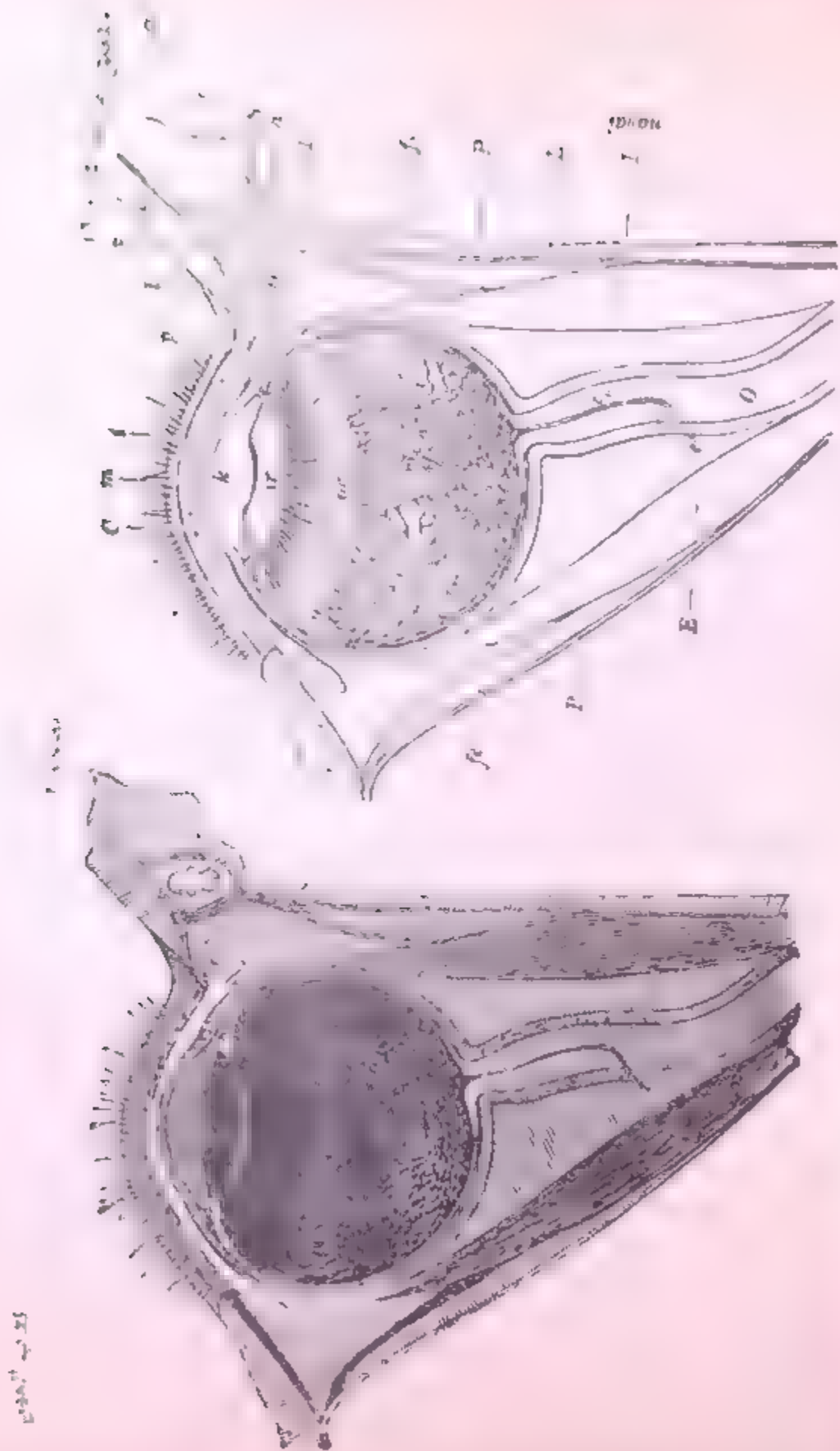
ہادی اور یہ کے شکار سے قزاق کی پہلی سیخ اور قزاق کے نیچے کا طعنہ زون ہوتا ہے۔

عضلات جفنی ۱۔ عارضی اراکی منکبات دو ہوتے ہیں (۱) عضلہ جفنی (۲) عضلہ رافقہ جفنی عضلہ جفنی جفنی کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ یہ چپ اور وسیع ہوا جلدی عضلہ ہے جو آنکھ کے کھٹکے صورت میں نکتہ زمین کو پاروں طرف سے احاطہ کرتا ہے۔ اس کے دو حصے ہوتے ہیں ایک مرکزی اور دوسرا جانبی مرکزی حصہ خاص طور پر اجفان میں پایا جاتا ہے اس سے اس کو جفن کہتے ہیں اس کے ایک اندرون پہ جفنی سے شروع ہوتے ہیں۔ یہ یہاں مضبوط اور نرم یعنی رانست پر مشتمل ہوتے ہیں اور بالائی کے زائیدہ جھپٹ سے بنتے ہوئے ہیں اور آنکھ کے اندرونی زاویہ کی جلد کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ ان لوگوں کے سروں میں اندرونی زاویہ پر نظر آتے ہیں جن کی آنکھ کے اندرونی زاویہ کی جلد بہت پتلی ہوگی ہو۔ اور ہم اجفان کو باہر کی طرف کھینچیں۔ اندرونی رباط و پر کی طرف اٹھاتے ہیں۔ اور جب کہ نیچے ابھرے ہوئے معلوم ہوتے ہیں زائیدہ ہوتا ہے۔

اندرونی جفنی یہاں سے جفنی اس سے شروع ہو کر دونوں اجفان کی خدمت سلجھ پھینچتے ہیں۔ اور اجفان کو جفنی کہنا ہے۔ اور جفنی کے زائیدہ تک اٹھانک لیتے ہیں۔ اور دونوں اجفان کے باہر کی طرف اس میں سر دینی زائیدہ کے پاس مل جاتے ہیں۔ اور یہ اجفان کے گرد دائرہ کی صورت میں پھیلتے ہیں اور ایک دوسرے ختم ہو جاتے ہیں ہم اس کو وتر جانبی جفنی کہتے ہیں۔ اور جبہ جفنی جفنی رباطات ہوتے ہیں۔ ان کا دوسرا نام رباط جفنی بھی رکھا جاتا ہے۔ ان کے ذریعہ غضروف جفنی کے دونوں کنارے جو باہر کی کنارے سے ملتی ہوتے ہیں۔ عضلہ جفنی کا باہر کی طرف جھری ہوتا ہے اور جفنی حصہ کے باہر و جھری کناروں نیز اس کے اندر سے پروجکٹ ہوتا ہے۔

عضلہ رافقہ جفنی علیا۔ یہ عضلہ مجہر چشم کی تریس عصب جھری کی قفا کے چار طرف سے شروع ہوتا ہے اور یہاں سے اس کے کنارے کی طرف پھیلتے ہیں۔ اس مقام پر یہ عضلہ بالائی عضلہ وحشیہ پر ہوتا ہے۔ اور اس کے ساتھ تھم طریقہ پر عصبانی الیاف کے ذریعہ مل جاتا ہے۔ آگے چل کر یہ ٹنگے کی صورت میں پھیل جاتا ہے۔ اس کا وتر بالائی جفنی غضروف کی مقدم سطح پر لگتا ہے۔ اور دوسرا عضلہ سے علاوہ ایک دوسرا عضلہ بھی اس مقام پر بنایا ہے جو جفن کو اوپر کی طرف کھینچتا ہے۔ اس عضلہ کو عضلہ غضروفی جفنی کہتے ہیں۔ اس کے الیاف عضلہ رافقہ جفنی سے شروع ہو کر ورس کی سطح کے نیچے سے گذر کر غضروف جفنی کے بالا کنارے میں مدغم ہوتے ہیں۔ سنی طرف کے غیر غلط الیاف زیرین جفن میں بھی پائے جاتے ہیں اور یہاں الیاف عضلہ وحشیہ سفلی کے نیچے حصہ میں واقع ہوتے ہیں۔ اور زیرین غضروف جفنی میں پہنچ کر مدغم ہو جاتے ہیں۔

مستدرک النور، نظم۔ — مکتبہ، کراچی، دیوار عظم، مصلحتی کے مہر و نثری ہوتا ہے۔ مکتبی ہے (۱) اور عظم دسمی (۱) کے علاوہ مذکورہ اہلی کے رائدہ چھپے۔ ۱۱ سے مکتبی ہے سوخذ الذکر دو جن مکتبہ ان حقیقہ دسمی کی حدود بنائی ہوں جس کے اندر کس دسمی ہوتی ہے۔ (۱) مکتبہ کی عظمی دیوار کے اندر چھلی اسکر کوئی ہے جس سے رباط شروع ہوتے ہیں۔ (۱) وسطی رباط در حصص ہوں تقسیم ہوا ہے — ایک مقدم (۱) اور دوسرا سوخذ (۱) اور ہوا دو جن کس دسمی کو دسمی طرف سے مکتبہ کرتے ہیں۔ (۱) سوخذ حصہ سے حصہ ہوا ہوا ہے اہل شروع ہوتے ہیں + (۱) چھلی چھلی حصہ (۱) - (۱) حصہ کے حصص جو اسکر کوئی والی مکتبہ ہوا انظم سے تقسیم مکتبہ وسطی (۱) اور (۱) حصہ مکتبہ سے رہا جاتے ہیں + رک کے ہوا کی جلد (۱) رہا جن کو قلم والی جلد سے ملتی ہوتی ہے — اور اس کے آد جلدی کراہے ہو سوخذ اور مکتبی ہوا ہوا (۱) کے ملے ہوتے ہوں + دونوں کلاوں کے درمیان ایک خط کراہی خط (۱) ہوتا ہے۔ رہا جن کے اندر ہی کلاہے ہوا رہا جن نقطہ دسمی ہوتا ہے۔ (۱) اور - (۱) کراہے کو جلد ہوتا ہے اس کے اوپر ہم مکتبی چھلی (۱) رہا جن - (۱) مکتبہ مکتبہ مع رجاہ کے مکتبہ ہوں سے نکال دیا گیا ہے — جس کے رہا جن حصہ کراہی ہوا ہے — اس کے اندر علاوہ + خواہ مقدم جسم مکتبی + (۱) ہوتے ہوں + حصہ مکتبہ (۱) - (۱) کے پہلے طبعہ - (۱) مکتبہ (۱) - (۱) کے طار ہوا ہے۔ (۱) حلقہ ہوا ہوا •



اور یہ سفاق دونوں طرف جفنی رہا اسے ملحق ہوتی ہے یہی وجہ ہے کہ جب اجفان بند ہوتی ہیں تو بڑی عدم استعداد پر بند ہو جاتا ہے۔ یہ ایک طرح کی سرپوش ہے جو مندرجہ ذیل حسیں پر مشتمل ہوتی ہے۔

(۱) دونوں غضروف جن کے اوپر ورینچے مجرئی غضروفی سفاق ہوتی ہے۔

(۲) دونوں طرف اندرونی و بیرونی رباطات جفنی۔

تشریحی لحاظ سے غضروف جفنی کا نام غضروف رکھنا یک غلطی ہے کیوں کہ اس کی راحت میں صحت نیچ واصل کے ایوان پہنچ جاتے ہیں جن کے اندر بالائی بومین غدود موجود ہوتے ہیں۔ یہ غدود لمبی لمبی نالیوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو ایک دوسرے کے متوازی ہوتی ہیں اور غضروف کے بالائی کنارے سے نیچے کے آزاد کنارے تک ہوتی ہیں۔ سی وجہ سے یہ غدود غضروف کے درمیانی سبب لمبے حصے میں پائے جاتے ہیں۔ حقیقتاً یہ بلندی شحمی لمبے غدود ہیں جن میں سے شحمی رطوبت نکلتی ہے اور جفان کے کناروں کو نرم کرتی ہے۔ اس کی وجہ سے جفان کے کناروں کے اوپر سے تسوئیں بہتے۔ اور یہی وجہ ہے کہ دونوں اجفان کے بند ہونے پر رطوبت دمیہ نہیں نکل سکتی دوسرا غدود اس شحمی رطوبت کا یہ بھی ہے کہ اجفان کے کنارے تسوئوں کی وجہ سے متب نہیں ہوتے۔

مخاطی غدود بھی عام طور پر غضروف جفنی کے محدود کنارے پر ملتے ہیں۔ اجفان کے نیچے آزاد کنارے پر یہ غدود مڑگاں کے نزدیک واقع ہوتے ہیں۔ اس مقام کے شحمی غدود کو ہم زائیس کے غدود کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ بالوں کی جڑیں۔ مخاطی غدود۔ اور زائیس کے غدود یہ تینوں ساختیں یکجا ملی ہوتی ہیں۔ اجفان کے آزاد کنارے کے پاس پسینے کے غدود بھی ہوتے ہیں مگر یہ غدود پسینے کے غدود سے ذرا مختلف ہوتے ہیں اسی وجہ سے ان کو مال کے غدود کہتے ہیں۔

تشریحی حیثیت سے اجفان کے دو حصے ہوتے ہیں۔ ایک مقدم حصہ یعنی بلندی حصہ جس میں جلد۔ مڑگاں کے بال اور عضلہ جفنی کے ایوان ہوتے ہیں۔ دوسرا موخر حصہ یا ملحق حصہ جس میں غضروف جفنی۔ غدود بالائی بومین۔ اور ملحقہ تیمنوں سمیت پانی باقی ہیں۔ یہ دونوں حصے ایک دوسرے کے ساتھ دھیلی نیچ واصل سے ملحق ہوتے ہیں۔ اس لئے ان کو باسانی ایک دوسرے سے علیحدہ کیا جاسکتا ہے۔ ان کو علیحدہ کرنے کے لئے جفنی کنارے کے اندر خاکستری لکیر پریشان دینا چاہیے۔ یہ خاکستری لکیر اہل میں وہ مقام ہے جو مڑگاں اور غدود بالائی بومین کے کھننے کے نقاطی قدر کے مابین ہوتی ہے بعض آنکھوں میں اس کو جفنی کے عمل جراحی میں ایسا ہی کرنا پڑتا ہے۔

بالائی جفن کی شرائین۔ بالائی و زیریں توں غضروفی کی شرائین ہوتی ہیں گویا کہ ان دونوں شرائین اجفان کے عروق دموی

توسوں سے باریک باریک عروق و عروق شعریہ تمام جفن میں پھیلی ہیں مگر سب سے زیادہ عروق جفن کے نچلے

سرے پر اور طحہ کے اندر جھتے ہیں۔

وریدوں کی تعداد بہت زیادہ ہوتی ہے۔ اور یہ وریدیں زیادہ فراخ بھی ہوتی ہیں۔ دونوں غضروف کے بالائی وزیریں کناروں کی غضروفی پیٹ کے اندر ان کا مونا جال پایا جاتا ہے جس کو ہم جفان کے پٹنے پر کوئے کے اندر طحہ کے نیچے چکتا ہوا دیکھ سکتے ہیں۔ جفان کی وریدیں کچھ تو پیشانی کی وریدوں میں کھاتی ہیں۔ اور ان میں سے کچھ معینی وریدوں کی شاخوں میں کھلتی ہیں۔ سوزا ذکر ورید میں مجھری اور وہ تک پہنچنے کے لئے حصہ میا جفنی میں سے گزرتی ہیں۔ اسی لئے عضلہ محیط جفنی کی مستقل انقباضی صورت میں ان وریدوں میں احتقان پایا جاتا ہے جس کی وجہ سے جفان میں تہج پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ حالت بسا اوقات بچوں کے بشری لمبھی التهاب میں خصوصیت کے ساتھ پائی جاتی ہے گویا اس وقت ہوتا ہے جب کہ جفان بھی زور کے ساتھ بند ہوں کیونکہ چند بہت زیادہ لگتی ہیں۔ جفان میں لمفاوی عروق بہت زیادہ ہوتے ہیں۔ طحہ کے اندر اور غدومانی بومین کی نالیوں کے گرد لمفاوی جوف جاکر پائے جاتے ہیں۔ جفان کے لمفاوی عروق کان کے سامنے کے لمفاوی غد میں جا کر کھلتے ہیں۔ اسی وجہ سے جفان کے شدید لہب کی صورت میں یہ غد پھول جاتے ہیں اور بعض اوقات متحی التهاب کے سلسلہ میں بھی ان میں ورم پیدا ہو جاتا ہے جیسا کہ سوزا کی التهاب لہب میں ہوتا ہے۔

طبقہ طحہ

طحہ حقیقتاً ایک قید یا غلاف ہے جو جفان کے درمیان میں کٹا ہوتا ہے اس کے تین حصے ہوتے ہیں۔

(۱) وہ حصہ جو جفان کی موخر سطح کو استر کرتا ہے اس کو طحہ غضروفی (طحہ جفنی) کہتے ہیں۔

(۲) طحہ کا وہ حصہ جو مقلعین کے سامنے کے حصہ کو ڈھانکتا ہے اس کو طحہ نقلی کہتے ہیں۔

(۳) وہ حصہ جو طحہ کے مذکورہ بالا دونوں حصوں کو ملتی کرتا ہے اس کو طحہ طائی کہتے ہیں۔

طحہ غضروفی مستحکم طریقہ پر غضروف جفنی سے لگا رہتا ہے۔ اس کا بشرہ استروانی پرت داخلیات پر تھل ہوتا ہے اور صرف جفنی

کنائے کے نزدیک تھوڑے حصے میں صاف اور نرم ہوتا ہے اس کے بالائی جفن والے حصے میں چھوٹے چھوٹے خلیات ہوتے ہیں جن

کے درمیان میں اٹھلے نشیب پائے جاتے ہیں۔ باہر سے اگر ان کو دیکھ جائے تو یہ ایک قسم کی جال دار ساخت معلوم ہوتے ہیں۔

مذکورہ نیچوں میں خلیات بھرے ہوتے ہیں۔ ان سب کے اوپر گویا بشرہ کا استر ہوتا ہے جس کی وجہ سے اوپر کی سطح صاف

اور نرم معلوم ہوتی ہے۔ مجھری بالائی کنارے کے پاس علامات (اوٹا) اور دور دور (ار) ایک دوسرے سے الگ الگ ہوتے ہیں۔

سے طبعی حالت میں یہ مقام ایک قسم کے جال سے مشابہت رکھتا ہے۔ اس جگہ پر بشرہ ایک نالی کی صورت میں اندر کی طرف بڑھ جاتا ہے 'سی کو ہم "خندہ بن" کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ مابہر در کاؤ کی رائے ہے کہ اس کے زیرین حصے میں یہ حالت نہیں ہوتے بلکہ زیادہ تعداد میں ہی نمود پائے جاتے ہیں۔

لمتحہ کے تمام حصوں میں لمتحہ طاقی سب سے زیادہ ڈھیلا ہوتا ہے اور اس قدر چوڑا ہوتا ہے کہ انقی طو پر اس کی پنڈیں پڑ جاتی ہیں ان چپٹوں کی وجہ سے مقدمین کی حرکات میں آسانی ہوتی ہے۔ اگر لمتحہ غضبی کو مقدمین کے اوپر کھینچ کر لایا جائے جیسا کہ لمتحہ کی جنس بیاریوں میں ہو جاتا ہے تو اس صورت میں مقدمین کی حرکات کے ساتھ اجھان بھی حرکت کرتی ہیں۔ یا لکھ کی حرکات میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے۔ طاقی لمتحہ میں چٹ کی موجودگی سے نیچے کی طرف مقدمین کی حرکات کے وقت بالائی طاقی لمتحہ کی چٹ دور ہو جاتی ہے اور اوپر کی طرف مقدمین کی حرکت کے وقت زیریں طاقی چٹ رفع ہو جاتی ہے۔ زیرین جن کے غضب و فی زیرین کنا سے پر وریدی شبکہ نمایاں طور پر دکھائی دیتا ہے۔ طاقی لمتحہ کا بشرہ استخوانی پرت دار ہوتا ہے اور لمتحی غشاء کی ساخت غذا ہوتی ہے مینی اس کے اندر لمفاوی کرایات کی بڑی تعداد موجود ہوتی ہے کبھی کبھی طبعی آنکھ میں بھی چھوٹے حویصلات پائے جاتے ہیں جن کے اندر لمفاوی کرایا بھرے ہوتے ہیں۔ ان غذاوی ساختوں اور لمفاوی کرایات کے علاوہ اس غشاء لمتحی میں لچکدار ایلیاف بھی ہوتے ہیں۔

مقل لمتحہ | متصل لمتحہ سامنے کی طرف مقدمین کو ڈھانکتا ہے۔ اس کے اس حصہ میں جو قرنیہ پر ہوتا ہے کسی قسم کی کوئی کمی نہیں ہوتی اس کے سطحی پرت قرنیہ کو استر کرتے ہیں مگر شفاف ہونے کی وجہ سے نظر نہیں آتے۔ اس لمتحہ کے دو حصے ہوتے ہیں۔ ایک قرنوی اور دوسرا صلبی۔

لمتحہ قرنوی | قرنیہ کے اوپر کا لمتحہ بالکل شفاف ہوتا ہے۔ اور قرنیہ کی ساختوں میں اس قدر پست ہوتا ہے کہ اگر اس کو قرنیہ کا مقدم پرت کہا جائے تو کچھ بیجا نہ ہوگا۔ لہذا اس کو قرنیہ کے ماتحت بیان کیا جائے گا۔

ماتحت صلبی | صلبی لمتحہ کا اتصال صلبیہ کے ساتھ نہایت ڈھیلا ہوتا ہے یہی وجہ ہے کہ اس کو مقدمین پر ادھر سے ادھر اوپر سے نیچے حرکت دے سکتے ہیں۔ یہ صرن قرنوی کناروں پر مستحکم طریقہ پر ملحق ہوتا ہے۔ صلبی لمتحہ درمیں ایک قسم کی تہی غشاء ہے۔ اس کے اندر سے سفید صلبیہ بخوبی نظر آتا ہے جس کی وجہ سے لمتحہ کے اس حصے کا رنگ بھی سفید ہی نظر آتا ہے۔ سن رسیدہ شخص میں قرنیہ کے دونوں طرف صلبیہ کے سفید رنگ کے اوپر کدھر رنگ نظر آتا ہے۔ اور یہ کدھر ایک مشکی رقبہ کی صورت میں ہوتا ہے جس کا قاعدہ قرنیہ سے متصل ہوتا ہے یہ صلبی لمتحہ سے اٹھا ہوا ہوتا ہے اس کو (Pinguecula) شارتہ امین کہتے ہیں۔ لمتحی اور صلبی بشرہ ایک پرت

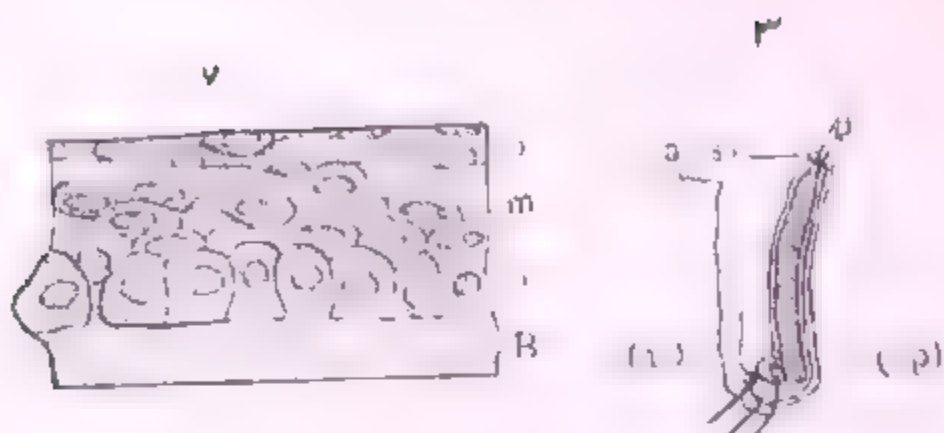
دن ہوتا ہے یہاں اور سہولت اور ہر خدم ہوتی ہے قنوی و سہی ہر اتصال پر نفس اوقات صحت نظر کرتے ہیں جو دراصل شہوت ہوتی ہے بلکہ اریاب کے کارسہ پیا ہوتے ہیں ان کے اندر شہوت و خندہ مواد جمع ہوتا ہے۔ آنکھ کے اندر و فی تقیم پر صلی ملتخہ شہوتی مال اور دہر ہوتا ہے اور اس کی شکل نیم ہوتی ہے۔ یہ اس مصلی کا ہستہ حصہ ہے جو جانوروں میں مقصود کو پوری طرح دھانکتی ہے اور فی تقیم پر انھی جانب کھولنے کی شکل میں ہوتا ہے۔ ان مال بھری ہوئی نگاہ ہوتی ہے جس کو طبعی **Caruncula Lacrimalis** کہتے ہیں جس کے اندر شہوتی و عرونی غدود پائے جاتے ہیں۔ ان غدود کے علاوہ مدد کر و زر **Krause** ابھی اس کے اندر ہوتے ہیں۔ وزیر ایک بنیرنگ کے بال بھی پائے جاتے ہیں۔

مقصودین کا وہ حصہ جو نگہ کے عوارض کی صورت میں دھکا ہوا نہیں ہوتا۔ اس کو ہم تختہ میں کہتے ہیں جیسا کہ پہلے ہی بتا چکے ہیں جو کہ اس پر انجان ہر وقت بند ہیں۔ وہ سب سے جس وقت یہ خطرات کا شکار ہو جاتا ہے۔

ملتحمہ کے غدود ملتحمہ سے بخالی ریلوٹ کا خزانہ ہوتا ہے جس کو کاسی یا قدی خلیات (Goblet cell) تیار کرتے ہیں یہ خلیات ملتحمہ میں سب کے اوپر واقع ہوتے ہیں۔ اور ملتحمی التباب کی حالت میں بہت زیادہ بڑھ جاتے ہیں۔ سن رسیدہ اشخاص میں ان خلیات کے علاوہ غضروفی ملتحمہ کے غرضانی دار غدود کے مشابہ ساختیں پائی جاتی ہیں۔ اسی طرح طاقی ملتحمہ میں بھی یہ غدود موجود ہوتے ہیں اور اس جگہ پر ان کی وجہ سے خندہ موجود ہوتا ہے۔ ملتحمہ کے اندر یہ غدود زر و نقاط کی صورت میں دکھائی دیتے ہیں۔ ان کی نالیوں کا بشہ دوری جگہ کی نالیوں کے بشہ سے ملکتی نہیں ہوتا۔ مذکورہ غدود کے علاوہ ملتحمہ کے اندر انبولی شافہ دار غدود بھی پائے جاتے ہیں جن کی ساخت دھنی غدود کی ساخت سے مشابہ ہوتی ہے۔ ہم انہی کو کراؤز کے غدود کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ یہ غدود ملتحمہ کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ ان میں سے کچھ غضروف غشی کے محب کنا سے پر اور کچھ طاق ملتحمہ کے اندر پائے جاتے ہیں۔

غضروفی ملتحمہ کی شہ امین قوس غضروفی کی شافیں ہوتی ہیں۔ باہلی جن میں باہلی غضروفی قوس کی شافیں عضلہ رافقہ انجن کے در کے در سے نڈر ہوتی ہیں یا غضروف سے بھری کنا سے سے نڈر کر ملتحمہ تک آتی ہیں۔ زیرین غضروفی قوس کی شافیں غضروف غشی کے نڈر کنا سے سے نڈر ہوتی ہیں یا غضروف غشی میں سے جس خط پر یہ شرائین باہر نکلتی ہیں۔ اس پر ایک گڑھا پایا جاتا ہے جو جن کے قومی جانب واقع ہوتا ہے اس کو ہم (Arcus tarsus superior) شہ تحت الغضروف کہتے ہیں۔ یا خط تحت الغضروف بھی کہتے ہیں۔ مدد جو تصویر مشابہ

ملتحمہ متلی میں شرائین خلیاتی نڈر کی شرائین۔ میسی موثر ملتحمی شرائین سے حاصل ہوتی ہیں اور شرائین ہولی، مقدم ہی ملتحمہ کو خون



۳ — بائی جان کی شرائین — (as) بالائی فہروئی قوس ، (rp) (a) دائیں فہروئی قوس (Ram. perforans) • دیوہ کر رہی دانہ

۵ — لڑائی رضائی جادہ اتصال پر معدنی فہروئی جال — (a) (b) شرائین ہائے رنگ کی باریک خطوط میں اور درمیان گہرے رنگ کی بڑے خطوط میں دکھائی گئی ہیں •

۷ — قزوئی اشارہ — (۶۶۰) گاما دوا • اہر وکار کے مطابق (۱) اشارہ ہاوسون • (۱۱) — سب سے نیچے کا (m) درمیانی (u) سب سے اوپر کا خلیاتی پت •

ہو جاتی ہیں۔ یہ شریانیں پاروں عضلات تھمتھ سے آتی ہیں۔ اور متمر کے نیچے قریب کے کنارے تک پہنچتی ہیں۔ نیز متمر کے نیچے قریب
 ن غداقی ہیں۔ قریب تک پہنچنے کے بعد یہ شریانیں سبیل میں سے گزر کر اندر کی طرف داخل ہو جاتی ہیں اس سے بعد دکانی میں شریان
 اندر کی طرف بننے سے پہلے ان میں سے قریب کے کسے پر کچھ وقت ٹھکتے ہیں۔ پھر ان عروق میں سے ہر ایک ہر ایک عروق کل کے
 مقدم مٹی عروق متمر کے نیچے اور پیچے کی طرف جا کر موخر مٹی عروق کے ساتھ اپنا تعلق قائم کرتے ہیں۔ انہیں نیز متمر
 متمر کے عروق کو ہم مقدم بدنی عروق سے شناخت کر سکتے ہیں۔ کیوں کہ جب ہم متمر کو حرکت دیں تو بدنی عروق اس کے
 ساتھ حرکت نہیں کرتے۔ ان عروق میں سے درمیانوں کو شریانوں سے پہچاننے کے لئے ان کو دبا کر دیکھنا چاہیے۔ ان کو دبا کر چھو
 دینے پر یہ عروق بس طرح خون سے بھرتے ہیں اس سے ہم بدنی میں یہ معلوم کر سکتے ہیں کہ یہ عروق شریانی ہیں یا وریدی۔ اس حقیقت
 کے علاوہ عروق کے رنگ سے ہم شریان اور ورید کی تینہم گز نہیں کر سکتے۔

متمر کے اندر لمبا عروق بہت طے ہیں۔ چنانچہ مٹی متمر میں عروق چھوٹے چھوٹے چھوٹے پائے جاتے ہیں۔ مواضع
 ہو تصویر نمبر ۵۵۔

آلات دمی

آلات دمی ذیل کی ساختوں پر مشتمل ہوتے ہیں۔

(۱) دمی غدو (۲) کیس دمی (۳) نقاط دمی (۴) قفاۃ انفی۔

دمی غدو دراصل انہی غدو ہوتے ہیں جن کی چھوٹی چھوٹی شاخیں پائی جاتی ہیں۔ ان میں سب سے بڑا بالائی یا مٹھری غدو ہوتا
 ہے۔ مٹھری بالائی اور بیرونی دیوار میں واقع ہوتا ہے۔ باہر سے اس کو محسوس نہیں کر سکتے۔ اس کی شاخیں بالائی طاقی متمر کے باہر
 نصف متمر میں گھلتی ہیں انہی نالیوں سے ہونے چھوٹے چھوٹے غدو دنی مکرٹے پائے جاتے ہیں جو طاقی متمر کے نیچے عروق
 ہوتے ہیں۔ ان سبھوں کو مجموعی حیثیت سے زیرین دمی غدو کہتے ہیں۔ بالائی جنن کو جب ہم چھنتے ہیں۔ درستہ اس کے رسیں
 کو نیچے دیکھنے کی تاکید کرتے ہیں تو جنن کے بیرونی زوایہ پر نرم اور دبیرنا ہوا ساخت باہر کو بھری ہوئی معلوم ہوتی ہے
 دمی قناتیں۔ نقاط دمی سے شروع ہوتی ہیں۔ نقاط دمی اوپر اوپر نیچے کی جنن کے اندر
 یعنی قنات دمیہ پر واقع ہوتے ہیں۔ اس مقدم سے کچھ دور دمی قناتیں جنن کے اندر
 طور پر پائی جاتی ہیں۔ اور اس کے بعد انقی جانب کو جھک جاتی ہیں اور اس قدر جھکتی ہیں کہ اپنے پیچے حصے کے ساتھ زاویہ قائمہ

جاتی ہیں بعدہ دونوں حصے ایک دوسرے کی طرف جھکتے ہوئے مل جاتے ہیں اور ایک چھوٹی نالی کے ذریعہ کیس دمی میں جا کر نکلتے ہیں۔

کیس دمی - حفرہ دمیہ میں آنکھ کے اندرونی زاویہ کے نزدیک واقع ہوتی ہے۔ اس کے انفی جانب ہڈی ہوتی ہے سامنے اور صدغی طرف اندرونی جنفی رباطات ہوتے ہیں۔ اس کا قعر جنفی رباط سے ذرا باہر کی طرف کو جاتا ہے۔ اور اس کا مشیر حصہ اس رباط کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ اس مقام پر اس کو ہم باسانی محسوس کر سکتے ہیں۔ جس مقام پر حفرہ دمیہ قناتہ عظمیٰ تک پہنچتا ہے اسی جگہ سے کیس دمی کے بعد قناتہ انفی شروع ہو جاتی ہے۔ یہ مقام تمام دمی نالیوں میں سب سے زیادہ تنگ ہوتا ہے اسی وجہ سے آنسوؤں کے راستے میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے۔ قناتہ انفی زیرین عظمِ نوبی کے نیچے کھلتی ہے اور نیچے جاتے ہوئے قناتہ انفی پیچھے اور باہر کی طرف کو کھلتی ہے۔ انفی دونوں قناتیں نیچے جاتے ہوئے ایک دوسرے سے متسع ہوتی جاتی ہیں ان کی چوڑائی مختلف لوگوں میں ان کی ناک کے بانسہ اور نتھنوں کی فراخی کے اعتبار سے مختلف ہوتی ہے۔

نابہر آرٹ کا خیال ہے کہ اگر کوہے کی ایک سلائی (پر وب) کو ہم اوپر جنفی رباط کے وسط میں اور نیچے ناک و رینساروں کے درمیان کے گڑھے پر رکھیں تو یہ سلائی قناتہ انفی کے اوپر منطبق ہوتی ہے۔ قناتہ دمی و انفی میں سلائی ڈالنے کے لئے اس راستہ کا جانا نہایت ضروری ہے۔

کیس دمی کی غشا مخاطی اور قناتہ انفی کی غشا آپس میں تسلسل رکھتی ہیں یعنی ان دونوں ساختوں کے درمیان کوئی حد فاصل نہیں قائم ہوتی کیس دمی کے پچانے کا یہ ذریعہ ہے کہ حفرہ دمیہ پر صرف ایک طرف پڑا ہوتا ہے۔ اور سولے ایک طرف کے اس کے بقیہ حصے آزاد ہوتے ہیں۔ مگر قناتہ انفی کے ہر طرف عظمیٰ دیوار ہوتی ہے۔ اس سے ظاہر ہو جاتا ہے کہ قناتہ انفی میں رکاوٹ واقع ہونے سے کیس دمی کیوں کر پھول جاتی ہے۔ چونکہ قناتہ انفی کے انداد کی صورت میں کیس دمی پھول جاتی ہے اس لئے آنکھ کے انفی زاویہ پر ورم ظاہر ہوتا ہے۔

قناتہ انفی کسی صورت میں نہیں پھول سکتی کیوں کہ اس کے چار طرف کی عظمیٰ دیواریں اس کی اجازت نہیں دیتی قناتہ انفی میں انداد کے متعدد وجود میں۔ مثلاً قناتہ انفی کی غشا اور عظمیٰ دیوار کے درمیان وریڈی شبکہ موجود ہوتا ہے۔ جیسا کہ نظامِ نوبی اور اس کی غشا کے درمیان وریڈی شبکہ حامل ہوتا ہے۔ ان وریڈوں کے پھول جانے سے بھی قناتہ انفی تنگ ہو سکتی ہے اور ان کی وجہ سے بالکل بند بھی ہو سکتی ہے۔ دمی آلات ہمیشہ کچھ نہ کچھ دمی رطوبت سے تر رہتے ہیں اگر ان کے اندر ہوا موجود ہو تو یہ

مرضی علامت ہے۔

قنّاءہ دمّی کی غشا میں پرت دار بشرہ کا فرش ہوتا ہے۔ اور کس دمّی کی غشائی سطح پر استوائی بشرہ ہوتا ہے۔
جا بجا اس غشا میں چٹٹیں پائی جاتی ہیں۔ ان چٹٹوں کو بعض ماہرین حبیب تصور کرتے ہیں۔ ان میں سب سے بڑی وہ چٹٹ ہوتی
ہے اور جس کو حبیبِ جیسر کہتے ہیں۔ حقیقتاً یہ حبیب نہیں ہوتی مگر حبیب اس لئے کہلاتی ہے کہ یہ ان کے جوت کو بند کر دیتی ہے۔
چوں کہ قنّاءہ انفی ناک کے اندر مخرابی طور پر کھلتی ہے اس لئے اس کے آخر میں غشا ایک چٹٹ کی صورت اختیار کرتی ہے۔ ان کے
یہ بھی یاد رکھنا چاہئے کہ غشائی چٹٹیں ہمیشہ پائی بھی نہیں جاتیں۔

آنکھ کے اندر سے آنسوؤں کا بہنا نفیاتی تحریکات مثلاً رونا۔ یا انکاسی تحریکات کی وجہ سے ہوتا ہے خصوصاً جبکہ
عصبِ جمبی عاص یا عصبِ باصرہ میں خرابی ہو۔

نفیاتی تحریکات صرغ انسانوں میں پائی جاتی ہیں مگر شیرخوار بچوں میں یہ تحریکات نہیں ہوتیں۔ گرم ممالک کے باشندوں
میں ان تحریکات کا ہونا ضروری ہے۔

آنسوؤں کے اندر ناک کی مقدار بہت ضعیف ہوتی ہے طبعی حالت میں رطوبت دمّی صرف اسی قدر پیدا ہوتی ہے کہ وہ بخار
کی صورت اختیار کر کے غائب ہوتی جاتی ہے بعض حالتوں میں اس کا تھوڑا حصہ ناک میں بھی پہنچتا ہے مثلاً چھینکے سے بغیر
کا تر ہمارف اسی رطوبت کے ذریعہ سے انجام نہیں پاتا ہے بلکہ اس کے علاوہ طحّہ اور غدّد سے بھی کچھ رطوبت کا فراخ ہوتا ہے
اس لئے دمّیہ غدّد کے نکال دینے یا اس کے اندر فساد پیدا ہو جانے کے بعد بھی آنکھ میں خشکی نہیں پیدا ہوتی۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۲
ناک تک رطوبت دمّیہ کے پہنچنے میں دو عمل برسر کار ہوتے ہیں۔ ایک تو آنسوؤں کا کس دمّیہ تک پہنچنا۔ اور دوسرے
اس کا وہاں سے ناک کے اندر داخل ہونا۔ آنسو قنّاءہ دمّی کے اندر آنکھ جھپکنے سے پہنچتے ہیں۔ مگر یہ پہلے آنکھ کے اندرونی زاویہ
میں جمع ہوتے ہیں۔ گویا کہ اس جھیل میں نقا طہ ڈوبے ہوئے ہوتے ہیں۔ چوں کہ عضلہ محیط جنّی کے چند ایات اندرونی جنّی با
سے بھی شروع ہوتے ہیں۔ اس لئے ہر مرتبہ آنکھ جھپکنے پر ان ایات کی وجہ سے یہ ربا طات عظم دمّی سے علیحدہ کھینچ جاتے ہیں جس کی
وجہ سے کس دمّی زیادہ فراخ ہو جاتی ہے۔ اور رطوبت دمّی اس کے اندر سے انتصافی طریقہ پر کس دمّی میں پہنچ جاتی ہے
ماہر قری برگ کی رائے ہے کہ آنکھ جھپکنے سے قنّاءہ دمّی دب کر اپنی رطوبت کو دھکیل دیتی ہے کیوں کہ قنّاءہ دمّیہ بھی عضلہ محیط جنّی
سے گھری ہوئی ہے۔

کس ذمی سے ناک اندر جو بیٹھی کھینچنے کا شمار کس ذمی کی قدرتی پک پر ہے۔ یعنی آنسوؤں کے بھر جانے پر اس میں عیناس ہوتا ہے جس سے ذمی رطوبت پر دباؤ پڑتا ہے اور وہ ناک کی طرف باہر کو خارج ہوتی ہے۔ اگر کس ذمی کی یہ قدرتی پک نہایت ہو جائے تو قناتہ انفی کے صاف ہونے کے اور اس کے اندر کس تنگی نہ ہونے کے باوجود ناک کی طرف آنسوئیں جتنے نہیں ذمی کے سرکٹنے پر قناتہ ذمی میں اس لئے آنسو واپس نہیں جاتے کہ قناتہ انفی پر نسبت قناتہ ذمی کے بہت زیادہ فراخ ہوتی ہے

طبقة قرنیه

آنکھ کے موٹے طبقہ صلبیہ کے سامنے کے حصہ کا نام طبقہ قرنیه ہے۔ یہ حصہ بالکل شفاف ہوتا ہے۔ اس کی شکل سامنے سے دیکھنے پر "انفی آپس" کے مشابہ معلوم ہوتی ہے جس کا انفی قطر ۱۰ ملی میٹر اور عمودی قطر ۱۱ ملی میٹر سے بڑا ہوتا ہے۔ اپنے مرکز میں قرنیه باعتبار محیطی حصہ کے زیادہ پتلا ہوتا ہے کناروں پر اس کی موٹائی ایک ملی میٹر ہوتی ہے۔ اسی کا یہ نتیجہ ہے کہ اس کا موٹسراٹھا، مقدم انخار سے زیادہ ہوتا ہے۔ مقدم انخار کے دائرہ کے نصف قطر کا اوسط ۸ ملی میٹر ہے۔ چوں کہ قرنیه کے انخار کا نصف قطر مقدمین کے نصف قطر سے زیادہ ہوتا ہے اسی لئے صلبیہ کے ساتھ اس کے اتصال کی صورت ایسی ہوتی ہے گویا کہ گھڑی پر شیشہ لگا ہوا ہے یہی حالت صلبیہ میں اس کے دھکم ہونے میں بھی باقی رہتی ہے۔ یعنی قرنیه کے موخر پر صلبیہ میں زیادہ دور تک جاتے ہیں اور اس کے مقدم پر اتنی دور تک نہیں نہیں چوہنچتے۔ دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہوا کہ مقدم سطح پر باعتبار موخر سطح کے زیادہ دور تک صلبیہ قرنیه پر چڑھا ہوتا ہے۔ مد خط ہو تصویر منبسط

مذکورہ حالت قرنیه کے بالائی اور زیرین حصوں میں نمایاں ہوتی ہے۔ اسی لئے قرنیه کی اپسی شکل صرف دیکھنے پر معلوم ہوتی ہے اور اگر قرنیه کو پیچے کی حرکت دیکھا جائے تو یہ بالکل دائرہ ناگول نظر آتا ہے لیکن ان باتوں کے باوجود اگر اس کے تراشہ کو خوردبین کے ذریعہ دیکھیں (قرنیه صلبیہ کے بار اتصال کا تراشہ لے کر اس کا خوردبینی معانیہ کریں) تو ان دونوں ساختوں میں کوئی مد حاصل نظر نہیں آتی۔ بلکہ ایک ساخت کے الیاف اپنا تسلسل باقی رکھتے ہوئے دوسری ساخت کے الیاف میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔

تندرست قرنیه شفاف ہوتا ہے۔ اور سن رسیدہ اشخاص میں اس کے کنارے پر سجالی کیفیت پیدا ہوتی ہے جس کو ہم قوس شیخوخت کہتے ہیں۔ قرنیه کی ساخت میں مندرجہ ذیل طبقات پائے جاتے ہیں۔

(الف) مقدم بشرہ۔ یہ بشرہ قشری بشرہ کے کئی طبقات پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس پر ت کے سب نیچے والے غلیات استوائی ہوتے ہیں

Figure 1. The structure of the composite material.



Figure 1. The structure of the composite material.

Figure 2. The structure of the composite material.



Figure 2. The structure of the composite material.



Figure 2. The structure of the composite material.

Figure 2. The structure of the composite material.



و۔ ان سے ذرا اوپر گول خلیات پاسے بنتے ہیں۔ اور ان میں نیچے خلیات یا نشی بشتہ ہوتے ہیں۔ ان میں قنریہ کے یہ خلیات اپنے ٹسے بلبلت سے کلیتہً مٹ جاتے ہیں۔ یہ ہم چھبے بتاتے ہیں کہ یہ ٹسے ہر ایک مٹ جاتا ہے۔

ب۔ غشاء بزمینی۔ یہ نشتہ رشتہ پتلی ہر جان ہوتی ہے۔ قنریہ کی ٹسے مٹ جاتی ہے۔ قنریہ کی اصل خلیات میں سب سے بڑی وہ خلیات ہوتی ہیں جو بڑی ہوتی ہے۔ بشتہ لیٹا ہوا ہے۔ ان میں سب سے بڑی وہ خلیات ہوتی ہیں جو بڑی ہوتی ہے۔

ج۔ قنریہ کی بی بیج۔ اس میں بیج کے اندر خلیات ہوتے ہیں جو ریشوں کی صورت میں پاسے جاتے ہیں۔ ان کو پس میں جوتے ہیں۔ ایک قسم کا سینک کا مادہ ہوتا ہے اس کے ایات میں طرح طرح ہوتے ہیں کہ ان سے پرت بن جاتے ہیں اور یہی پرت ایک دوسرے کے وپر واقع ہوتے ہیں۔ اس سے نیچے خلیات کی ساخت پرت دار ہوتی ہے (۱۰) (۱۱) (۱۲) (۱۳) (۱۴) اور یہ پتلیوں سے پڑتے ہیں۔ ان میں خلیات ہوتے ہیں کہ چیرا پڑ کے وقت ان کے لیٹے رہ جاتے ہیں۔ ان کے علاوہ قنریہ کے ہر ایک پتلیہ خلیات ہوتے ہیں جو غشاء بزمینی کے سامنے خاص طور پر ایک گھنا بدل جاتے ہیں۔

قنریہ کے خلیات انسیج کے خلیات جن کو ہم قنریہ کی بات کہتے ہیں۔ یہ ان پرتوں کے درمیان میں واقع ہوتے ہیں۔ ان کی دھکیں ہوتی ہیں۔ ایک قسم کا مادہ اور دوسری متحرک پہلی قسم کے کرات کو یا کہ قنریہ کی بیج کے خلیات ہیں جن کے نوات بڑے بڑے جسم پتہ ہوتے ہیں اور مادہ حیات پتہ ہوتے ہیں۔ ان خلیات کے زوائد اپنے قرب و جوار کے خلیوں کے ساتھ مل جاتے ہیں اور اس میں ان کا ایک نظام قنریہ میں قائم ہو جاتا ہے۔ دوسری قسم کے خلیات قنریہ کی متحرک کرات ہیں۔ جن کو ہم خلیات یا کرات سیلانی بھی کہہ سکتے ہیں۔ ان کو ماہرین کہتے ہیں۔ ان سے معلوم کیا گیا ہے۔ یہ دراصل دوسری کرات جیسا کہ یہ قنریہ کی پرتوں میں نمودار جاتے ہیں۔ طبی حالت میں قنریہ کے اندر ان کی تعداد کم ہوتی ہے مگر قنریہ کی خراش کی صورت میں خواہ وہ کسی قسم کی ہون کی تعداد بڑھ جاتی ہے۔ چونکہ اس صورت میں قنریہ میں خلیات عموماً سے کرات جیسا کہ کل قنریہ کے پرتوں میں پتہ جاتے ہیں اور ان کے خلیات قنریہ میں اپنے خاص فرائض انجام دیتے ہیں۔

(۵) غشاء بزمینی، یہ غشاء بزمینی اور ٹسے کی طرح شفاف ہوتی ہے۔ اس سے قنریہ کی موجودہ بندی موقوف ہے۔ غشاء بزمینی کے خلاف اس کی حدود قنریہ سے بالکل الگ معلوم ہوتی ہیں۔ علاوہ ان کے کیساوی لچھا سے بھی یہ غشاء۔ غشاء بزمینی سے مختلف ہوتی ہے۔ چنانچہ یہ غشاء کیساوی اجزاء کے اثرات کو بہت دیریں قبول کرتی ہے اور مری اثرات سے دیریں متاثر ہوتی ہے۔

(۶) موخر قنریہ بشرہ۔ غشاء بزمینی کی موخر سطح خلیات کا ایک پرت استر کی صورت میں پایا جاتا ہے۔ قنریہ اپنے کن رول پر

کی طرف میں میسے ویلےس کی اہانت کہ ہوتی باقی ہے۔ عضلات مستقیمہ کی عصبہ پر چوڑی کرصلبیہ کی دہانت ہے۔ یہ وہ ہوتا باقی ہذا کیوں کہ ان عضلات کے اوتار اس کے اندر دھم ہوتے ہیں۔

صلبیہ کی ساخت میں نیچے، اہل کے، ایک ایسے جتن ہیں ان میں پکڑا ریٹ بھی موجود ہوتے ہیں اور یہ سب اپنی ساخت میں کی صورت اختیار کرتے ہیں۔ عام طور پر ان کی موجودگی یہاں طرف ہوتی ہے کہ سب سے پہلے ہی اس کے آگے سے پیچھے کی طرف میں سے بعض ہم مرکز رد کی صورت میں پاسے ملتے ہیں اور ان دونوں کو قریہ کے میڈ سے ہمہ کزی کی نسبت حاصل ہوتی ہے وہیں دوسرے ایسے موثر صورت میں پیچھے ہیں ان کے ٹال میں میں کہیں بھی غمیاں پٹے ملتے ہیں۔ قریہ کی وریں ساخت کی نیچے میں ایک دوسرے سے ملتی ہوتی ہیں اور ان کے اوتار پر ایک دوسرے کے اندر نامعلوم طائرہ پر تسلس قائم کرتی ہیں۔ مگر قریہ کی وریں کے اندر کے بونڈل خاص صورت میں ہوتے ہیں یعنی صلیبیہ ان کے اندر سب قاعد کی ہوتی ہے اور قریہ میں یہ بے قاعدہ پٹے ہیں۔

صلبیہ کے اندر شاندار لونی غلیت می پٹے ملتے ہیں۔ مگر یہ غلیت گہرے پرتوں میں ہوتے ہیں یہ ان اعصاب یا انوی عروق کے ساتھ بھی ہوتے ہیں جو صلیبیہ کے اندر داخل ہوتے ہیں۔ زندگی میں مبینہ نظر آتی ہے کہ اباب پٹلی وریں صلیبیہ کے اندر سے باہر کو نکلتی ہیں۔ اور یہ مقامات چھوٹے چھوٹے برون جوئے رنگ کے نقا کی صورت میں خید صلیبیہ پر نظر آتے ہیں کہ صلیبیہ پٹا ہوتا ہے اس کے سب سے خیمہ کا رنگ بھی صلیبیہ میں جھلکتا ہوا نظر آتا ہے۔ یہ حالت جو سب پٹی باقی ہے۔ اسی وجہ سے ان کے صلیبیہ کا رنگ نیلگوں ہوتا ہے۔ صلیبیہ کے اندر وہی عروق و اعصاب داخل ہوتے ہیں جو کہ ان کی اندرونی ساختوں میں جاتے ہیں۔ وہ خود اس کی ساخت میں عروق و مویہ بہت کم ہوتے ہیں۔ صلیبیہ کے عروق و مویہ اس کے ایک ڈھیلے پرت میں ہوتے ہیں جو نیچے و سل پٹش ہوتا ہے۔ اور صلیبیہ کے دیگر طرف پایا جاتا ہے۔ اس کو *Episcleral tissue* یا خارج الصلیبیہ کہتے ہیں۔ یہ نیچے پٹی ہوتی ہے اس کے موخر حصہ میں عروق ہوتے ہیں۔ مگر نہایت ہی کم۔ پچھلے حصہ میں یہ موٹی ہوتی ہے اور اس کے اندر وہ ہضمی عروق پائے جاتے ہیں۔ یہ عروق اس حصہ میں خاص کر ہوتے ہیں جہاں کہ انکے کے عضلات کے اوتار صلیبیہ میں دھم ہوتے ہیں۔ اور جہاں پر قریہ صلیبیہ کے ساتھ متصل ہوتا ہے صلیبیہ کے پچھلے حصے میں ایک سوراخ پایا جاتا ہے جس میں سے گذر کر صلب باصرہ انکے کے اندر داخل ہوتا ہے

طریق ہری ویشی

طریق ہری ویشی کو انکے کا جھلکی اور طبقہ عروقی بھی کہتے ہیں۔ یہ کردی طبقہ نہایت نازک اور زیادہ جھم میں برون رنگ کا ہوتا ہے۔

سے اور زیادہ وقت اور یہ موت ہے۔ سامنے کی طرف اس میں سوراخ ہوتا ہے جس کو ہم تپلی یا قد میں کہتے ہیں پیچے کی طرف ہی اس میں ایک سوراخ ہوتا ہے مگر یہ سوراخ چھوٹا ہوتا ہے۔ اس میں سے عصب باصرہ داخل ہوتا ہے۔ یہ طبقہ تین حصوں پر مشتمل ہوتا ہے۔
(۱) عنبیہ (۲) جسم دہلی (۳) طبقہ مشیمی۔

عنبیہ

عنبیہ دائرہ نما ایک نشانی بنتا ہے جس کا کھلی کنارہ جسم دہلی کے کنارے سے شروع ہوتا ہے۔ یہ لبتہ آنکھ کے عدسے کے سامنے لگا رہتا ہے۔ اس کا مرکزی حصہ عدسہ کی مقدم سطح سے لگا رہتا ہے اور حد قد میں کے ارتعاش و انقباض پر حرکت کرتا ہے۔ صرف عدسہ کی مقدم سطح ہی سے اس کو سارا ہوتا ہے۔ اگر عدسہ آنکھ سے غائب ہو جائے یا اس کا تعلق عنبیہ سے نہ رہے تو طبقہ عنبیہ تڑپش نظر آتا ہے یعنی کوئی سہارا باقی نہ رہنے کی وجہ سے اس میں ارتعاش پیدا ہوتا ہے۔ اور یہ ارتعاش اس وقت محسوس ہوتا ہے جب آنکھ حرکت کرے۔ عدسہ کا مرکزی حصہ چونکہ آگے کو بڑھا ہوتا ہے۔ اور عنبیہ اس کے ساتھ متصل ہوتا ہے اس لئے عنبیہ کی شکل ایسے مخروط کی شکل کی ہوتی ہے جس کی چوٹی ٹوٹ چکی ہو خزانہ مقدم جس قدر کم گہرا ہوتا ہے اسی قدر یہ مخروط زیادہ اونچی ہوتا ہے اس کے برعکس اگر آنکھ میں عدسہ موجود نہ ہو تو عنبیہ کی شکل بالکل غشی اور عمودی ہو جاتی ہے۔

عنبیہ کی مقدم سطح پر نہایت لطیف نقشہ پایا جاتا ہے۔ یہ نقشہ اس کے اندر اونچی نیچی جگہوں کی وجہ سے بن جاتا ہے طبعی حالت میں عنبیہ کے اندر یہ نقشہ نہایت صاف اس کی لکیریں خوب واضح اور ایک دوسرے سے علیحدہ علیحدہ دکھائی دیتی ہیں۔ مگر مستحب عنبیہ میں یا تو یہ بگڑ جاتا ہے یا بالکل ہی غائب ہو جاتا ہے۔ ضرور عنبیہ میں بھی یہی حالت ہوتی ہے۔ اس نقشہ کے بگڑنے سے مرضی حالتوں کے پتے ملتے ہیں بڑی مدد ملتی ہے۔ عنبیہ کی سطح کا یہ نقشہ ششائی (Ridgna) کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ اور یہ بڑا حد قد عنبیہ کے تنگ اور فراخ ہونے کی صورت میں مختلف شکل اختیار کرتے ہیں۔ اگر حد قد میں منقبض ہو تو یہ لکیریں سیدھی ہوتی ہیں۔ اور اگر منبسط ہو تو وہیں کسی قدر تیز و پست پیدا ہو جاتا ہے۔ اٹھی ہوئی جگہیں صرف اس وجہ سے معلوم ہوتی ہیں کہ عنبیہ کی خطی انہجیں دہلی عروق ششائی طور پر منقسم ہوتے ہیں۔ حد قدی کنارے کے نزدیک کچھ دو رنگ دور، باہر معلوم ہوتے ہیں جو ایک دوسرے کے ساتھ ملتے ہوئے نظر آتے ہیں ان بیماریوں سے جو حد قد عنبیہ میں چاروں طرف پیدا ہوتا ہے اس سے عنبیہ دو حصوں میں منقسم ہو جاتا ہے ایک تنگ مرکزی حصہ اور دوسرا چھوٹا محلی حصہ کہلاتا ہے۔ تہذیب۔

تین اوقات نامکورہ دونوں حصے مختلف رنگ کے ہوتے ہیں۔ اندر کے تنگ دائرہ نما حصہ میں عنبیہ سب سے زیادہ موٹا ہوتا ہے



اس جگہ پر بھی غبیہ کے مقدم پرت میں بڑے نقصان ہو رہے ہیں جن کی وجہ سے کہ یہ ساتھی بہت باقی ہیں جن میں سے ایک حلقہ دار پرت (انتباہی غبیہ) ہوتے ہیں۔ جو رسی انگوٹھوں میں غبیہ کے محلی حصوں میں باقی کٹے۔ پس یہ پیشینہ زیادہ فائدہ دیتی ہے اس کی وجہ سے کہ ان انگوٹھوں میں اس کے دس کارنگ ہلکا ہوتا ہے۔ سی لئے یہ زیادہ نمایاں ہو جاتی ہیں۔

غبیہ کے بدنی حصہ کے بالکل کٹے۔ پر جو سیدت بہت زیادہ تعداد میں ہوتے ہیں۔ یہ جو حیلہ چھوٹے چھوٹے ہوتے ہیں۔ وہ صدیہ کے بڑے ہوئے کٹے سے ڈانک جلتے ہیں۔ سی وجہ سے صاف اور پوری طن دکھائی نہیں دیتے۔ صرف نیلے غبیہ یا بچوں کے غبیہ میں کبھی کبھی یہ جو حیلہ دکھائی دیتے ہیں۔ اور صلیب کے کٹے پر گہرے رنگ کی لکیر نظر آتی ہے۔

غبیہ کے مدتی کٹے میں سیاہی نال لکیر نظر آتی ہے۔ جو موتیا بند والی انگلیوں میں بخوبی نمایاں ہوتی ہے۔ کیوں کہ کھانی مدیہ کے سامنے سیاہی زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے۔ مدتی عین کے پیچھے پر غبیہ کا مدتی حصہ ہر جہت سے مدیہ چوراہا ہوا ہے اس صورت میں مدیہ یا ہلکے ہلکی پڑنے کی وجہ سے بالکل غائب بھی ہو سکتی ہے جیسے غبیہ بند ہوتا ہے اس میں انتباہی کڑی پڑتا ہوا ہے۔ اور قطع ہونے پر یہ بالکل غائب ہو جاتا ہے۔ اگر غبیہ بہت چھوٹا ہو تو آنکھ کو دیکھتے ہوئے مدیہ کٹے پر غبیہ دھنک نظر آتا ہے کیوں کہ اس صورت میں مدیہ کٹے زیادہ گہرا ہوتا ہے۔ اور غبیہ بھی مدیہ کے کٹنے کی وجہ سے زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے۔ لہذا مدیہ کٹے پر غبیہ کے پیچھے کا سہارا دینا کم ہو جاتا ہے اور یہی ارتعاش کا باعث بنتا ہے۔

غبیہ کی ساخت کے اساسی پرت و موی عروق مشتعل ہوتے ہیں۔ اور اس میں ذیل کی خصلتیں پائی جاتی ہیں

(۱) اساسی طریقہ پر منظم عروق و موی (۲) غبیہ شبکہ (۳) مذکورہ ساختوں کے درمیانی خلی کو پر کرنے والا مادہ۔ غبیہ کے عروق و موی کے باہر کا طبقہ دبیر ہوتا ہے۔ انصاف کے خلاف بھی موٹے ہوتے ہیں عروق اور اعصاب دونوں شاندار لونی خلیات سے مھکھو ہوتے ہیں۔ غبیہ کی خلی ساخت میں بھی شاندار لونی خلیات اور ان کا درمیانی مادہ پایا جاتا ہے۔ مدتی کٹے پر مدتی پرت کے اندر قابض عدد مندوں کے ایوان ہوتے ہیں جو حقیقتاً غیر متعلقہ خلیات کی ایک چوتھی قیہ نما ساخت ہوتی ہے۔

غبیہ کی مقدم سطح پر خلیات کی تعداد خاص طور پر بہت زیادہ ہوتی ہے۔ یہ سب خلیات حل کر غبیہ کا مزہ پت بناتے ہیں اس کے اوپر ایک پرت بشرہ باطن کا ہوتا ہے اس بشرہ باطن اور مذکورہ ساختوں میں صرف ان مقامات پر تقابص پائے جاتے ہیں جہاں پر حویصلات کے مانند نامعلوم ہوتے ہیں بدنی اور مدتی کٹوں کے نزدیک یہ حویصلات پائے جاتے ہیں۔ گویا یہ ایک قسم کے سوانح ہیں جو غبیہ کی نیچوں کے اندر ہوتے ہیں۔ اور غبیہ کے نیچے جو فوں کو خراہ مقدم کے ساتھ ملاتے ہیں۔ اسی نظام کے تحت قوت کے مضبوط

یہ نہیں ہے۔ یہ تو جس تبدیلی کی آسانی ہے۔ کیوں کہ ان سوراخوں کی وجہ سے رطوبت مٹی کا داخل ہونا اور خشک ہونا ہوتا ہے۔

مجید کا جسمی انسج کی موثر مشین پر اس قدر بار بار حد تک کا پھیلاؤ ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ بشرہ موڑ بھی پایا جاتا ہے۔ عضلہ باسطہ قد میں جنینی پرتوں سے ہونے والے پرت حاصل ہوتے ہیں جن میں جنینی کا نصیبی کرپیرنی خلیات یہ جاتا ہے اس میں خلیات اپنی ذاتی خصوصیات میں بشرہ کی صورت میں ہوتے ہیں اور ان کا رنگ بھی باقی رہتا ہے۔ مگر ان خلیات کا بیرونی حصہ شغلی طور پر تنظیم اور ملاحظہ الیاف فیصلہ کی صورت میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ اس سے اس کے تراشے کا اگر خوردبینی معائنہ کیا جائے تو اس کے اندر وہ پرت نظر آتے ہیں۔ ایک مقدم پرت جس میں ہارپٹیکلےس ہوتی ہیں۔ کرس میں لون اور نوت دونوں نہیں پائے جاتے۔ اس کو تیم عشاء بر دک کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ اور دوسرا خورد پرت جس میں خون مغزی خلیات موجود ہوتے ہیں۔ اس پرت کے پیچھے خورد پرت لونی ہوتا ہے اس کو ہارپٹیکلےس بشرہ کہتے ہیں۔ یہ خلیات برت گمرے رنگین اور اسطوانی ہوتے ہیں جو ایک پرت کی صورت میں مجتمع ہوتے ہیں۔ کراس پرت میں ابھرے ہوئے مقامات نظر آتے ہیں۔

مدتی کسہ پر بشرہ ملونہ غنہ کے خون پرت میں مل جاتا ہے۔ اور اس جگہ پر اپنی بشری خصوصیات کو قائم رکھتا ہے۔ یہاں بشرہ ملونہ مدتی کناسے کے گرد جو کر غنہ کے سامنے آ جاتا ہے اور مدتی کناسے پر دکھائی دیتا ہے۔ چنانچہ مدتی کناسے پر سیاہ لکیر کی صورت میں ہی نظر آتا ہے۔

عضلہ باسطہ قد سے بشرہ ملونہ آسانی الگ ہو جاتا ہے۔ خوردبینی تراشوں اور حالت زندگی میں آنکھ کے اندر عضلہ باسطہ قد اور بشرہ ملونہ جنینی کا نصیبی کے مقدم کناسے سے حاصل ہوتے ہیں اس لیے اس کو غنہ کا شبکی پرت بھی کہتے ہیں اور غنہ جنینی وسطی طبقہ سے حاصل ہوتا ہے۔ اس سے اس کو جنینی وسطی خدر بھی کہتے ہیں۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۱۰

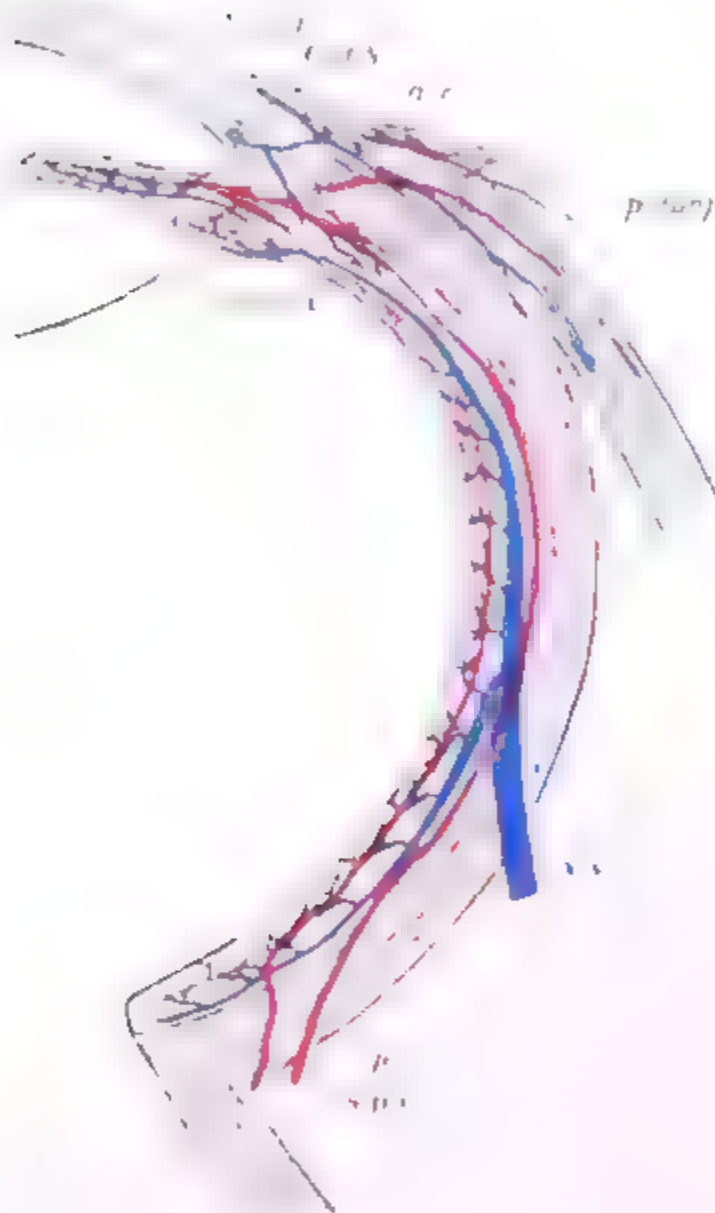
ملونہ غنہ کی تلون

ملونہ غنہ کا رنگ ہلکا خاکستری یا نیلا یا برون ہو سکتا ہے۔ اور یہ رنگ اس کی تلون کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ غنہ کے اندر دو قسم کے رنگ ہوتے ہیں۔ ان رنگوں میں سے ایک تو غنہ کی تلون کے شاخدار خلیات میں پایا جاتا ہے وہی تلون اس کو ملونہ کہتے ہیں۔ دوسرا رنگ غنہ کی تلون کی پرت کے بشری خلیات میں پھیلا ہوتا ہے انہیں دونوں حصوں میں جو رنگ پائے جاتے ہیں انہیں ملونہ غنہ کے رنگ کا انحصار ہوتا ہے۔ غنہ کے شبکیہ لے پرت کے اندر تلون بہت زیادہ ہوتی ہے جو گلاس کے غنہ کے رنگ کی نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ اگر غنہ کی تلون میں تلون نیلے غنہ میں سے دکھائی دیتی ہے اور غنہ نیلا

مسموم کی سرورنی ششیں کا تمام سمیت ہوتا ہے۔ اس کے اندر غصہ ہڈی ۳ ملی میٹر چوڑا ہوتا ہے۔ اس غصہ کا موخر حصہ شش کی سرورنی ششیں پر ہوتا ہے۔ سرورنی ششیں کی طرف کو ہوتا ہے۔ اس کو دیکھنے کے لئے اگر آنکھ کو قطع کر کے دو حصوں میں تقسیم کر دیتے ہیں اور اس کے اندر سے زہر یا دوسرے ذریعہ سے دیکھتے ہیں تو اس کو ہم بخوبی دیکھ سکتے ہیں شش کی یہ قسم کناہ جوں پر ہوتا ہے اس کو ہم اندر سے دیکھ سکتے ہیں۔ کیوں کہ یہ ایک بے قاعدہ شکل پر ہوتا ہے۔ جو آنکھ کے چاروں طرف مسموم ہڈی کے نیچے پیدا ہوتا ہے اس ماند کے پیچھے شش کا رنگ برون ہوتا ہے اور اس کے سامنے سیاہ۔ اسی سیاہ حصے کے مقدم کناہ سے زہر یا دوسرے ذریعہ سے شش کی قدرتی ہے۔ یہ ہر سے ہر زہر یا دوسرے ذریعہ کے ہوتے ہیں کیوں کہ ان کی پڑیاں کم رنگین ہوتی ہیں مگر دوزخوں کی درمیانی نگہ کا رنگ گہرا ہوتا ہے جسم ہڈی کا مقدم حصہ جو ۵ ملی میٹر چوڑا ہوتا ہے اور جس میں زہر یا دوسرے ذریعہ پلے جاتے ہیں۔ اس کو ہم انکس ہڈی کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ اس کے پیچھے جسم ہڈی کا موخر حصہ ہوتا ہے۔ یہ حصہ صاف ہوتا ہے اور اس کا رنگ ایک ہی قسم کا اور سیاہ ہوتا ہے۔

تشریح خوردبینی غصہ ہڈی کے ایف غیر مخطط ہوتے ہیں۔ اور ان کی ضخیم ہڈیوں کی صورت میں ہوتی ہے۔ یہ ہڈی آپس میں مل کر ایک قسم کا بال بناتے ہیں جس کے اندر خلاؤں میں لینی سیج دھن ہوتی ہے۔ نیز اس میں ہونی خلیات بھی پائے جاتے ہیں۔ غصہ کے باہر کی جانب یہ تجو دلیت مدور صورت میں اور غصہ کی اندرونی سطح کے متوازی واقع ہوتی ہیں۔ اس مقام کے آگے اس کی ساخت حویصلات کے مانند نمایاں ہوتی ہے۔ گویا کہ ایف کی درمیانی تجو دلیت زیادہ چوڑی ہوتی ہیں۔ اور یہ غصہ کی ایف شش کی طور پر جسم ہڈی کی اندرونی سطح کی طرف پلے جاتے ہیں۔ سب آخر میں سامنے اور اندر کی طرف یہ تجو دلیت دائرہ شکل اختیار کرتی ہیں۔ اگر آنکھ کا مدور تراشہ یہ جائے تو یہ ایف بیچ میں کٹ جاتے ہیں۔ انہی دائرہ نما اور ششائی حصے کو ہم ماہر برک کے حصص کہتے ہیں۔ جسم ہڈی کا مرکزی حصہ جو مختلف افراد میں کم و بیش ہوتا ہے غصہ ہڈی کہلاتا ہے۔

غصہ ہڈی کے اندرونی جانب مسموم ہڈی کی عروق تہ ہوتی ہیں۔ اس میں بشیار عروق دوسرے پائے جاتے ہیں اور یہ عروق سیج دھن کی لطیف ساخت میں بچے ہوتے ہیں۔ ان کے پار دوسرے طرف خون خلیات ہوتے ہیں۔ زہر یا دوسرے ذریعہ میں بھی عروق کی ایک تہ ہوتی ہے گویا کہ اکیلل ہڈی کے اندر سے زیادہ عروق والا پرت ہے۔ اس عروق پرت کے اندرونی جانب تہا جس فشار ملتی ہے۔ اس فشار کے بعد دوسرے طرف بشرہ کا ہوتا ہے۔ آخر میں جو تہ پانی مالتی ہے وہ اطرافی خلیات سے بنتی ہے۔ موخر اندر کرد و نوں پرت جینی کا سہ بصری سے حاصل ہوتے ہیں۔



s. p. c. — موخو ہدای شوائہن صفہ — l. p. c. — موخو ہدای
 شوائہن کھوہ — a. — متقدم ہدای عروں — (c. l. a.) — دلد شلد
 c. a. l. m. a. — دائرہ شریانہ علیہ کدھوہ — v. v. — آوردہ دواہ
 (c. l. a.) — متقدم منکنتہی عروں — (c. l. a.) — موخو ہدای عروں

طبقة ریشمیه

یہ طبقة ہر بی ریشمی کا وہ حصہ ہے جو انگوٹھ کے پچھلے حصہ کو صلیبہ کے اندر آ کر کرتا ہے۔ یہ ناز منہ سے شروع ہوتا ہے اور جب بڑے سورن تک چار طرف پایا جاتا ہے۔ اگر انگوٹھ کو گھٹنے کے بعد باہر اور شبکیہ کو اندر سے نکال کر ریشمیه کو دیکھیں تو اس کی سطح بالکل صاف معلوم ہوتی ہے اور اس کا رنگ یسوں پایا جاتا ہے۔ اب اگر ریشمیه کو صلیبہ سے علیحدہ کر لیں تو معلوم ہوگا کہ بعض مقامات پر صلیبہ کی سطح کے ساتھ یہ صلیبہ سے ملتی ہوتی ہے اور بعض مقامات پر نہایت غیر مستحکم طریقہ پر صلیبہ سے اس کا اتصال ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ صلیبہ کے ساتھ طبقة ریشمیه کا اتصال مستحکم طریقہ پر صلیبہ بھری کے چار طرف پایا جاتا ہے۔ جن مقامات پر عروق دموی اور اعصاب صلیبہ سے گزر کر ریشمیه میں داخل ہوتے ہیں ان مقامات پر صلیبہ اور ریشمیه کا اتصال آسان مستحکم نہیں ہوتا۔ یہ حالت خاص کر موخر ہر بی فرائیں اور انگوٹھ کے استخوانی مقام پر جہاں کہ اور وہ داخل ہوتی ہیں پائی جاتی ہے۔ ان مقامات پر اگر ریشمیه کو صلیبہ سے الگ کیا جائے تو یہ علیحدہ ہو جاتا ہے اسی طرح ہر ریشمیه کی بیرونی سطح کو دیکھ سکتے ہیں۔ اس کی یہ سطح کٹی پٹی معلوم ہوتی ہے۔ کیوں کہ اس پر غشیائی ٹکڑے لگے ہوتے ہیں۔

طبقة ریشمیه پانچ پر توں پر مشتمل ہوتا ہے جن کی ترتیب باہر سے اندر کی طرف حسب ذیل ہوتی ہے۔

خوردنی ساخت

(۱) خارجی طبقة۔ اس کے اندر غیر عروقی ٹوٹن پرت ہوتے ہیں۔ جو اساسی نیچ صلیبی اور صلیبہ کے درمیان ہوتے ہیں صلیبہ کو علیحدہ کرنے پر پرت دو حصوں میں منقسم ہوجاتے ہیں۔ ان کا کچھ حصہ تو صلیبہ کی اندرونی سطح سے لگا رہ جاتا ہے۔ اور کچھ حصہ ریشمیه کی بیرونی سطح سے لگا ہوا نظر آتا ہے۔ اسی وجہ سے ریشمیه کی بیرونی سطح ناہموار معلوم ہوتی ہے۔

(۲) دوسرے طبقة میں بڑے عروق پائے جاتے ہیں۔ جو عموماً اور وہ ہوتے ہیں۔ اور ایک دوسرے کے ساتھ تعلق رکھتے ہیں۔ ان عروق کے درمیان گہرے رنگ کے خون خلیات پائے جاتے ہیں۔ اس لئے ان کا رنگ برون ہوتا ہے۔ اس سطح کو دیکھنے پر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ سیاہ زمین پر چمک دار لکیروں کا بال ہے بعض اوقات تھلا لکیر کے ذریعہ دیکھنے پر بھی یہی حالت نظر آتی ہے۔

(۳) متوسط درجہ کے عروق کا پرت۔ یہ طبقة بہت تھلا ہوتا ہے۔ اور اس کے اندر ٹوٹن پالی جاتی ہے۔

(۴) شعری عروق کا طبقة۔ یہ طبقة تقریباً تمام عروق شعریہ سے پر ہوتا ہے۔ ان عروق کی خدائیں دوسرے عروق کی خدائوں سے زیادہ سنسراخ ہوتی ہیں۔ یہ خدائیں اس قدر زیادہ تعداد میں ہوتی ہیں کہ ان کی درمیانی جگہ باعتبار عروق کے بہت کم ہوتی ہے۔ اس پرت میں ٹوٹن بالکل نہیں ہوتی۔

۱۔ ان پتہ بہ پتہ جہان میں ایک فخر ہے جو شیمیہ کے نذر کی طرف استر کرتی ہے۔

ذیل میں ہم شیمیہ کی ساختوں کو مختصر بیان کرتے ہیں۔

مشمیہ کی ساختوں کا مختصر بیان

طبقتہ شیمیہ زیادہ تر عروق پر مشتمل ہوتا ہے۔ جو اپنے بڑے چھوٹے ہونے کے لحاظ سے تین طبقات پر مشتمل ہوتے ہیں۔ سب سے بڑے عروق سب سے بڑی جانب یعنی مصلیہ کے نزدیک ہوتے ہیں۔ اور سب سے چھوٹے عروق نذر کی طرف شبکیہ کے نزدیک ہوتے ہیں۔ ان سے منسلک ہونے والی مصلیہ موی سے شبکیہ کا بخوبی تغذیہ ہوتا ہے۔ شیمیہ کے عروق پر توں کے دونوں طرف یعنی اندر اور باہر کی جانب ایک ایک غشا ہوتی ہے جس کو دریا بہتہ خارجیہ اور دریا ماسی پرت کہہ سکتے ہیں۔ شیمیہ کے تمام پرت سوسے، نذر وئی، دونوں دشری اور ماسی کے شاح دار ملوثہ غلیات سے بھرے ہوتے ہیں۔ ان ہی ملوثہ غلیات کی وجہ سے شیمیہ کا رنگ گہرا ہوتا ہے اور سیاہ بھی ہو سکتا ہے۔ شیمیہ کی اندر وئی سطح بشرہ رتہ سے ڈھکی ہوتی ہے۔ یہ بشرہ ماسی پرت کے اوپر ہوتا ہے۔ پینے نہ میں یہ بشرہ بھی شیمیہ کا ایک حصہ سمجھا جاتا تھا۔ کیوں کہ شبکیہ نے بگ کرنے پر بھی یہ بشرہ شیمیہ سے ملحق رہتا ہے۔ بعض حالات کے تحت انکشاف سے معلوم ہوتا ہے کہ یہ بشرہ دراصل شبکیہ کا حصہ ہے۔ اس کے غلیات باقیہ مصلیہ (چوہ خلد) سے ہوتے ہیں۔ اور ان کا توبہ غیر ملوث ہوتا ہے مگر اس کے مادہ غلیات کے اندر باہر ملوثہ جہات پائے جاتے ہیں۔ اسی وجہ سے تمام پرت کا رنگ گہرا ہوتا ہے۔ ملوثہ غلیات کے اندر ملوثہ موی سے ملوثہ توہنی ذرات میں پائی جاتی ہے۔ مگر بشرہ ملوثہ کے موی جہات عصونی کل کے ہوتے ہیں۔ جن کو اگر ہم چھوٹی چھوٹی لولی تلیں بھی کہیں تو بچا نہ ہوگا۔

ملوثہ اور بشری غلیات تمام نکلوں میں یکساں پائے جاتے ہیں۔ مگر مختلف آنکھوں میں ان کے اندر ملوثہ کی مقدار کم و بیش ہو سکتی ہے۔ اسی وجہ سے نظارین سے امتحان کرتے وقت مختلف آنکھوں میں شیمیہ کا رنگ مختلف نظر آتا ہے۔

سانے کی طرف طبقتہ شیمیہ جسم بدلی کے پینے حصہ سے متصل ہوتا ہے۔ اور جسم بدلی کی ساخت بالکل ہی ہوتی ہے جو شیمیہ کی ہوتی ہے۔ باپنے کا صرف ہی ایک ذریعہ ہے کہ اس کے اندر عروقی نظام کسی قدر مختلف ہوتا ہے اور اس کے اندر سے شری عروق بالکل غائب ہوتے ہیں۔ یہ شری عروق مادہ منہ پر بالکل ختم ہو جاتے ہیں۔ شیمیہ اور جسم بدلی کے اس حصہ کے رنگ کا فرق ان کے ذاتی رنگوں کی کمی بیشی پر منحصر نہیں ہوتا بلکہ ان کو ڈھانکنے والے بشری غلیات کا رنگ دونوں مقامات پر مختلف ہوتا ہے۔

طریق بدلی و شیمی کے عصبانہ

مصلیہ کے مرکز قطب پر بدلی عصبانہ اس کے اندر سے گزر کر طریق شیمی تک پہنچتے ہیں۔ یہ عصبانہ طریق بدلی و شیمی کے عصبانہ

مشمیہ اور جسم بدلی کے اندر ایک قسم کا گھنا جال بناتے ہیں۔ اس جال میں عصبانی غلیات بھی کافی

تقداریں ہوتے ہیں۔ عصبیہ میں لوہہ اعصاب راند ہوتے ہیں لیکن عصبیہ مقدی غلیظت میں کے اندر نہیں پے جاتے۔ عصبیہ وزیم بدلی کے اندر محرک عصبیہ الیف کے علاوہ بہت زیادہ جستی الیف میں پے جاتے ہیں جو عصب جیجی ناس کی شاخیں ہیں۔ سی کے جب یہاں متب ہوتے ہیں تو ان میں درد کا احساس بہت زیادہ ہوتا ہے۔ اور عصبیہ کے اندر چونکہ عصبیہ الیف بالکل نہیں ہوتے اس لئے التباب عصبیہ میں درد کا احساس بالکل نہیں ہوتا۔

طریق بدنی و عصبی کے عروق | کچھ کے اندر کے عروقی نظام کی تین قسمیں ہیں (۱) ملتکہ عروق (۲) شہیدیہ کے عروق (۳) طریق بدنی و عصبی کے عروق۔ بدنی و عصبی کے عروق۔ بدنی نظام کی شرائین منہ بہ ذیل ہوتی ہیں (۱) شرائین بدنیہ و عصبیہ یہ شرائین کی شاخیں ہیں۔ جو انکے اندر موخر قطب پر عصبیہ کے اندر سے ہوتی ہوئی عصبیہ میں داخل ہوتی ہیں۔ ان کو شرائین بدنیہ و عصبیہ کہتے ہیں۔

اور ان میں سے دو شرائین بدنیہ و عصبیہ میں سے ایک باہر کی طرف اور دوسری اندر کی طرف کو جاتی ہے۔ اور یہ دونوں عصبیہ و عصبیہ کے درمیان ہوتی ہوئی آکے کی طرف عضلہ بدنیہ تک پہنچتی ہیں۔ یہاں پہنچنے پر ان میں سے ہر ایک دوشاخوں میں منقسم ہو جاتی ہے۔ اور قریب کے گرد اس کے ساتھ ہم مرکزہ روہ بنا کر دوسری طرف کی شرائین شاخوں سے متصل ہوتی ہے اس طرح سے ایک شرائین و روہ بن جاتا ہے جس کو دائرہ شرائین عصبیہ کہتے ہیں۔ اس سے شعاعی طور پر عصبیہ میں شرائین پہنچتی ہیں۔ اور عصبیہ کے بدلی کنا سے سے لے کر اس کے حدقی کنا سے تک جاتی ہیں۔ حدقی کنا سے پر پہنچنے سے ذرا پہلے یہ شرائین دوسری طرف کی شرائین شاخوں سے مل کر دوسرا دائرہ بناتی ہیں جس کو ہم دائرہ شرائین عصبیہ کہتے ہیں۔ (۲) شرائین بدنیہ و عصبیہ کے اندر سے گزرنے کی طرف آتی ہیں۔ اور یہ شرائین عصبیہ و عصبیہ کے شرائین سے حاصل ہوتی ہیں۔ اور عصبیہ کے اندر سے گزرنے کے اندر پہنچتی ہیں۔ اور دائرہ شرائین عصبیہ کہتے ہیں۔

شرائین کے مذکورہ بالا نظام سے پتہ چلتا ہے کہ شرائین بدنیہ و عصبیہ صرف عصبیہ میں خون دیتی ہیں۔ اور شرائین بدنیہ و عصبیہ و عصبیہ شرائین بدنیہ و عصبیہ کے شرائین سے میرب کرتی ہیں۔ مذکورہ شرائین کی جس شاخیں پیچھے جا کر عصبیہ کے مقدم حصہ کو بھی خون پہنچاتی ہیں۔ تصویر ۱۱ و ۱۲

اور یہی نظام شرائین نظام سے منسلک ہوتا ہے۔ چنانچہ عصبیہ عروق شعریہ کو بلا واسطہ شرائین سے خون پہنچتا ہے اور شرائین کا خون بہت سی وریدوں سے خارج ہوتا رہتا ہے۔ انہی وریدوں سے بڑی بڑی شاخیں بنتی ہیں اس سے لیف وریدیں ایک ہی مرکز

پر جمع ہو جاتی ہیں جن کی وجہ سے ایک قسم کا وریڈی ہنور بن جاتا ہے۔ کیوں کہ مختلف سمتوں سے اس مرکز پر وریڈی آکر جمع ہو جاتی ہیں یہ وریڈی ہنور تعداد میں پار ہوتے ہیں۔ اور بعض اوقات ہم سے زیادہ بھی ہوتے ہیں۔ عموماً یہ آنکھ کے استواء کے پیچھے واقع ہوتے ہیں انہی میں سے اور وہ دو امیگلی ہیں جو صلیبہ میں سے سوہنی طور پر گذر کر باہر کو خون لے جاتی ہیں۔

زوائد بدیدہ کی شرائین متعدد شاخوں میں منقسم ہو جاتی ہیں۔ بعدہ پتلی دیوار والی شاخیں شعری عروق کے بعد شروع ہوتی ہیں دوران سے زیادہ تر بدی زوائد بنتے ہیں۔ کیوں کہ زوائد بیشتر عروق دموی ہی پر مشتمل ہوتے ہیں انہی کے ملنے سے بڑی وریڈیں بنتی ہیں۔ اسی طرح عضلہ بدی کی بہت سی وریڈیں آگے جا کر اور وہ دو امیگلی ہیں۔ جو وریڈیں غنہ کے پیچھے کی طرف جاتی ہیں وہ بھی اور وہ دو امیگلی ہیں۔ گویا کہ طریق بدی کا خون واپسی پر زیادہ تر اور وہ دو امیگلی داخل ہوتا ہے۔ جسم بدی سے آتی ہوئی وریڈوں میں سے چند وریڈیں بلا واسطہ طریقہ پر صلیبہ کے اندر سے گذر کر متحہ کے نیچے آ جاتی ہیں۔ اور قریبی کنا سے کے نزدیک ان کا راستہ شرائین بدیدہ مقدمہ کے راستے سے مل جاتا ہے مگر ان کی شاخیں تھوڑے ہی رقبہ کو سیراب کرتی ہیں۔ یہی وہ منقشی عروق ہوتے ہیں جن کو ہم متحہ کے نیچے پیچھے کی طرف جاتے ہوئے دیکھتے ہیں۔ اور جو اُس وقت خاص کر دکھائی دیتے ہیں جب کہ ان میں نمایاں بدی احتقان موجود ہو یا آنکھ کے اندر دوران خون میں کسی قسم کی رکاوٹ پیش آوے۔ مقدمہ بدی وریڈیں ملتحمی وریڈوں سے اپنا اتصال قائم کرتی ہیں اور قنا سے سے بھی متصل ہوتی ہیں۔

طریق بدی ویشی کے تمام عروق و اعصاب اور اس مقام سے باہر آنے والی وریڈیں صلیبہ کے اندر مخصوص نالیوں میں سے گذرتی ہیں۔ ان عروق کا احاطہ ان نالیوں سے طویل نیچوں کے ساتھ ہوتا ہے۔ ممکن ہو کہ اس نیچ و اہل کے راستے سے بھی آنکھ کی اندر لیا سیال رطوبت باہر کو خارج ہوتی ہو۔ ان نالیوں کا احاطہ جو بیٹیمان سے بھی ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ تجا و لیف حول شیمی کے ساتھ بھی یہ ملحق ہوتی ہیں۔ مگر شرائین بدیدہ موخرہ کے ساتھ ان کا احاطہ بہت زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔

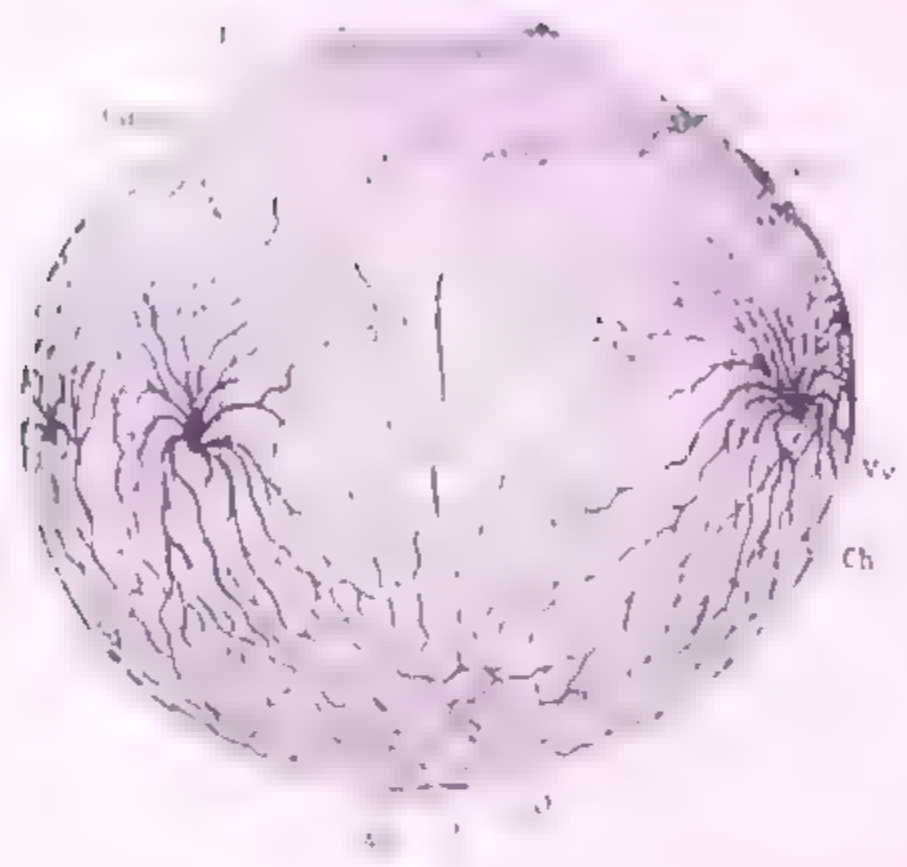
خزانہ مقدمہ و رابطہ شلی

خزانہ مقدمہ کی گہرائی کا اوسط $\frac{1}{2}$ سے $\frac{3}{4}$ میٹر تک ہو۔ محیط کی طرف اس کی گہرائی کم ہوتی جاتی ہے۔

عمر۔ قریب کا حجم آنکھ کی ملاقات انعطافی وغیرہ کے ساتھ خزانہ مقدمہ کی گہرائی کا تعلق ہوتا ہے۔ اور ایک ہی آنکھ میں ملاقات توفیق کے استعمال سے اس کی گہرائی میں کمی بیشی ہوتی رہتی ہے۔ اس کی مدد میں سامنے کی طرف قریب۔ پیچھے غنہ اور صدقی حصہ۔

۱۲ — مریض کے عروق دہری — (ماسٹر ایجو نے خیال کے مطابق)
 حسب رسم کے کردارے خدمت میں (۱۱) موخر ہمدی شرائین صفیرہ (۱۱)
 شاہین شمیمہ کے مقدم خدمت میں داخل ہوتی ہوں — (اہلی ہرمون)
 (۱ - ۱) ہمدی مہمطی حصہ کی طرف جاتی ہوں (۱۱) اور یہاں
 پر مقدم ہو کر دائرہ شریانیہ علمیہ کہہوا بھاتی ہیں — (۱۱) مقدم
 ہمدی شرائین کی شاہین (۱۱) دائرہ کہہوا بھاتی ہیں حصہ لہتی ہوں
 اور ان کی دہری شہین موخر جہاز شہینہ ہوں جاتی ہوں — اور
 دھان پر موخر شاہین ہمدیہ صمدیہ کے ساتھ اتصال پیدا کرتی ہوں دائرہ
 شہینہ ہمدیہ شہینہ شہینہ طور پر شاہین دیتا ہے جو عذیرہ میں ہوتی ہیں —
 (۱) اور یہ شہینہ صمدیہ حذقی کفارے کے پاس دائرہ شہینہ عذیرہ صفیرہ
 (۱۱) ہمدی ہوں تصویر کے دائرہ طرف سے عذیرہ ہمدیہ کہہوا
 ایک کر دیا گیا ہے جس کے بعد (۱۲) مقدم پر دائرہ ہمدیہ کے نزدیک
 عروق جہاز شہینہ طور پر نظر آتا ہے — موخر جہاز سے مہمطی وریدیں (۱)
 ہمدی مہمطی حصہ کے اندر جاتی ہیں — یہ شہینہ ہوں ایک دوسرے کے
 متوازی ہوتی ہیں — اس کے بعد استقبالی حالات اختیار کو ایسی
 ہوں — اور اور دہریہ ہوں اہلی ہوں (۱۱) اور دہریہ جن کی
 طرف آنکھ کے موخر حصہ کی وریدیں بھی آتی ہوں •

۱۳ — حریہ مقدم و قندہ شہم — (۱) قرنیہ — (۱۱) قندہ شہم جو
 کہ اس شہم میں شہم کے اندر وابطہ مشطی شہم کے باہر متعدد چہرے
 چہرہ — حریہ کی صورت میں ظاہر ہے کہ یہاں آپس میں بے قاعدہ ملندگی
 ویدی حال ہے کہ اس میں ہر کما ہوں آگیا ہے (۱) شہم ہمدیہ (۱)
 دائرہ شہینہ اکبر (۱۱) شہم (۱۱) زوائد ہمدیہ •



نصف ۱۲ و ۱۳



نصف ۱۲ و ۱۳ مناطق صند ۲۵ و ۲۶ و ۲۷

ترش میں شست صورت اختیار کرتا ہے اپنے ٹیٹلی حصہ میں گہرا ہوتا ہے۔ اس کے سامنے غنہ محیط پر زوائد ہدیہ۔ پیچھے عدسہ اور زناہ عدسی پاسے جلتے ہیں۔ زناہی تجاویف اس سے محقق ہوتی ہیں جن کا نام پیچھے قناہ ٹیٹل بھی رکھا جاتا تھا یہ زناہی تجاویف ان جو نوں سے بھی محقق ہوتی ہیں۔ جو زناہ عدسی کے ساتھ ساتھ جسم ہدیہ اور زجاجیہ کے درمیان پاسے جلتے ہیں۔ خزائہ مقدم اور موخر ہیں میں عدقہ میں کے نزدیک ملتے ہوتے ہیں۔

عدسہ

غنہ اور زجاجیہ کے درمیان واقع ہوتا ہے اور اپنی زناہ سمیت آنکھ کو دو حصوں میں تقسیم کرتا ہے۔ ایک سامنے چھوٹا حصہ جس میں رطوبت مائی ہوتی ہے۔ اور دوسرا کھلا پڑا حصہ جس میں رطوبت زجاجیہ ہوتی ہے۔ عدسہ ایک قسم کی محدب ساخت ہے جو شفاف جزا پر مشتمل ہوتی ہے اس کی مقدم سطح کم محدب اور موخر زیادہ محدب ہوتی ہے اس کی مقدم سطح کے مرکزی حصہ کو قطب مقدم اور موخر سطح کے مرکزی حصے کو قطب موخر کہتے ہیں۔ اس کا کنارہ پاروں طرف گول ہوتا ہے۔ اس کو ہم عدسہ کا خط استوا بھی کہہ سکتے ہیں یہ وہ مقام ہوتا ہے جہاں عدسہ کی قدم و موخر سطحیں آپس میں ملتی ہیں۔

عدسہ درمیان میں مائی میٹر موٹا ہوتا ہے۔ اس کا قطر مائی میٹر ہوتا ہے وزوائد ہدیہ سے جو دائرہ بنتا ہے یہ اسی کے درمیان میں واقع ہوتا ہے اس کا ستوانی حصہ چاروں طرف زوائد ہدیہ سے نصف مائی میٹر دور ہوتا ہے۔ جسم ہدیہ اور عدسہ کے درمیان حصہ کو جوف ماحول عدسہ کہتے ہیں۔ اس کی موخر سطح زجاجیہ کے غیرہ عدسی کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ اور یہ پنی جگہ پر زناہ کی وجہ سے قائم رہتا ہے۔

اگر اس کی زناہ کو توڑ کر ہم عدسہ کو باہر نکالیں تو ہم کو معلوم ہوگا کہ یہ ایک خلاف کے اندر بند ہے۔ یہ عدسی خلاف شفاف ہوتا ہے۔ خلاف کو طحہ کرنے کے بعد انگلیوں کے درمیان عدسہ کو دبائیں تو اس کا قشری حصہ جو کہ ٹیٹلی ہوتا ہے علیحدہ ہو جاتا ہے۔ والٹکلیوں کے درمیان اس کا صرف نواتی حصہ باقی رہ جاتا ہے۔ اس کے پہلے حصہ کو قشری اور دوسرے کو نوتیہ کہتے ہیں۔ عدسہ کے پیچھے زعفران پتہ توام سے پہچانے جاتے ہیں بلکہ ان کو ہم ان کے رنگ سے بھی شناخت کر سکتے ہیں قشری حصہ بے رنگ ہوتا ہے مگر نوتیہ خفیف طریقہ پر بڑا زردی مائل ہوتا ہے۔ نوتیہ کا یہ رنگ اور توام مل تعصب کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے عمل تعصب دراصل اس حصہ کی مائیت کے نفاذ زدنے کا نام ہے۔ یہ عمل زناہ لطفی سے شروع ہو جاتا ہے مگر اس قدر آہستہ آہستہ ترقی کرتا ہے کہ ۲۵ سال کی عمر میں باکرہ ہم معنی میں یہ نہر سکتے ہیں۔ عدسہ نوتیہ پیدا ہو گیا ہے لیکن اس عمر میں بھی عدسہ کا نوتیہ بہت چھوٹا ہوتا ہے۔

تصعب کا تعلق چوکہ عم کی ترقی کے ساتھ ہے۔ اس لئے سب سے پہلے ایف میں مبتلا ہوتے ہیں اور وہ عدسے کے مرکزی ایف ہیں۔ یہ عمل مرکز سے محیط کی طرف بڑھتا رہتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ بیسے بیسے عمر ترستی جاتی ہو ویسے ویسے حجم میں کمی پائی جاتا ہے۔ اور قشری حصہ آہستہ آہستہ کم ہوتا جاتا ہے یہاں تک کہ زیادہ عمر ہو جانے پر پورا کا پورا عدسہ نوئی میں تبدیل ہو جاتا ہے یا سخت ہو جاتا ہے۔ اس عمل کی مدت مختلف اشخاص میں مختلف ہوتی ہے یہی وجہ ہے کہ ایک ہی عمر کے مختلف افراد میں نوئیہ عدسی مختلف حجم کا ہوتا ہے یعنی جنس میں بڑا اور جنس میں چھوٹا ہوتا ہے۔

موتیابند کے آپریشن کے واسطے نوئیہ کے حجم کا جاننا نہایت ضروری ہے۔ کیوں کہ قد نوی شکاف کا انحصار اس کے حجم پر ہوتا ہے۔ عدسہ کا مقبب حصہ سخت ہوتا ہے اور اپنی شکل کو نہیں بدلتا۔ یہی وجہ ہے کہ عدسی مقبب جس قدر زیادہ ہو اسی قدر طاقت تو فینک کا عمل اس کے اندر ناممکن ہو جاتا ہے۔ اور اسی وجہ سے عمر کی زیادتی کے ساتھ طاقت تو فینک کم ہوتی ہے۔ غیر مقبب قشری حصہ کے مقابلے میں نوئیہ والے حصہ سے نوری انکساز زیادہ ہوتا ہے۔ اسی لئے سن رسیدہ اشخاص جن کی آنکھوں میں عدسی نوئیہ بڑا ہوتا ہے، ان کے حد قعین کا رنگ بجائے سیاہ کے ناکستری نظر آتا ہے یا سبز یا ناکستری ہوتا ہے جن لوگ اس حالت کو ناگزیر بیماری سے موتیابند سمجھ رہے ہیں۔

عدسہ کی خوردبینی تشریح | عدسہ کے اوپر متجنس شفاف جھلی کا ایک غلاف ہوتا ہے یہ جھلی عدسہ کی مقدم سطح پر زیادہ دبیز اور مزخ سطح پر نسبتاً پتل ہوتی ہے اس کے مقدم غلاف کے اندر مقبب عدسی خلیات کا ایک پرت ہوتا ہے اسی پرت سے عدسے کی نشوونما ہوتی ہے۔ کیوں کہ عدسی ایف انسی غلافی مقبب خلیات سے پیدا ہوتے ہیں اگر ان خلیات کو ہم عدسی غلاف کے مقدم پرت کے اندرونی جانب سے عدسہ کے استوائی حصہ تک دیکھیں تو استوائی مقام پر باکریہ خلیات باقی عذو پر دائرہ ناقطاردین منظم ہوتے ہیں اس کے بعد یہ خلیات لمبو تر سے ہو جاتے ہیں۔ یہاں تک کہ عدسی ایف دائرہ ناقطاردین سے مائل ہوتے ہیں اور شعاعی صورت میں پائے جاتے ہیں۔ خلیات اس امر کے سمجھنے میں مدد دیتی ہیں کہ عدسہ کی صحابی کیفیت کیوں شعاعی طور پر پائی جاتی ہے جیسے جیسے یہ خلیات لمبے ہوتے ہیں ویسے ویسے ان کے نوات عدسی غلاف سے دور ہوتے جاتے ہیں۔ ورنہ عدسے کے اندر پہلے جلتے ہیں۔ گویا کہ اس کے استوائی حصہ میں ایک حصہ ایسا ملتا ہے جس کے اندر متعدد نوات عدسی نیچ میں پائے جاتے ہیں یہ نوئیہ والا حصہ عدسہ کا وہ حصہ ہے جہاں پر عدسہ کی نشوونما ہوتی رہتی ہے۔ عدسہ کا بڑھنا برابر جاری رہتا ہے اور نئے ایف عدسی پرانے ایف سے پیدا ہوتے رہتے ہیں۔ یہ پرانے ایف کے باہر اور ان کے ساتھ لگے ہوتے ہیں نیز عدسہ کے ایک طرف پرت در پرت

متعلق ہوتے ہیں یا دوسری جانب یہ ایف شعاعی طور پر منظم ہوتے ہیں۔ تصویر نمبر ۳۱۔

مذکورہ بالا بیان سے ظاہر ہے کہ عدسہ کے مرکزی ایف سب سے پرانے ہوتے ہیں اور سب سے باہر والے ایف بالکل نئے۔ نوید
عدسہ کے علاوہ عدسی ایف میں نوات کسی دوسری جگہ کیوں نہیں پائے جاتے؟ یہ ایک سوال ہے جس کا جواب یہ ہے کہ پرانے ایف میں
سے نوات غائب ہو جاتے ہیں۔

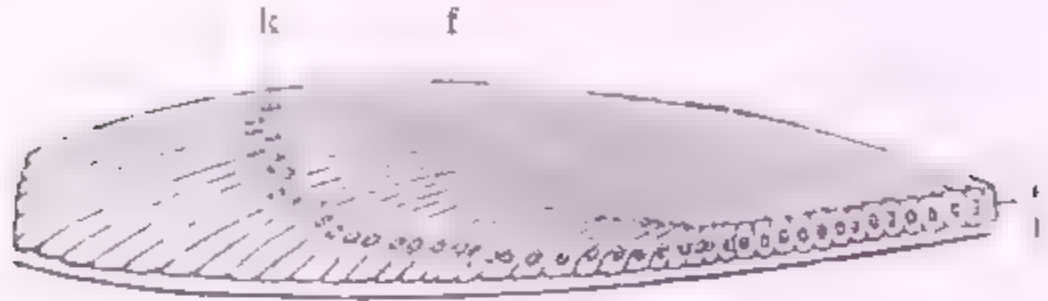
عدسہ کے ایف بجے۔ فٹوری اور چھ اضلاع والے ہوتے ہیں۔ یہ ایف ایک دوسرے سے بذریعہ ایک سینٹ جیسے مادہ کے
متعلق رہتے ہیں۔ عدسی ایف مقدم سطح عدسی پر یا اس کی موخر سطح پر ان لکیروں میں شروع یا ختم ہوتے ہیں جو مقدم و موخر عدسی قلیوں
سے شعاعی طور پر عدسہ کے محیط کی طرف جاتی ہیں۔

مقدم سطح عدسی پر یہ لکیریں ۷ انگیزی حرف کی شکل بناتی ہیں۔ اور زندگی کی حالت میں باہمی تنویر کے ذریعہ بخوبی دیکھی جاسکتی
ہیں۔ مذکورہ لکیریں جو ستارہ نما ۷ کی شکل کی ہوتی ہیں ان میں سے دوسری شاخیں نکلتی ہیں اور یہ شاخیں دائرہ کو مختلف ترانوں
میں منقسم کر دیتی ہیں۔ مرضی حالات میں عدسہ کی صحابی کیفیت میں یہ ترانے بہت صاف دکھائی دیتے ہیں۔ نوید والے ایف قشری
الیاف سے زیادہ تپے اور اس کے کنارے نوک دار ہوتے ہیں۔ نوید اور قشری حصہ میں کوئی مدافئل نہیں پائی جاتی۔ تصویر نمبر ۳۲
تکوین عدسہ

اگر جنینی عدسہ کی تکوین کے متعلق مکمل علم ہو تو ہم اس کی ساخت کو بخوبی سمجھ سکتے ہیں جنینی عدسہ تین پرتوں میں سے
بیرونی پرت یا "اکٹوڈرم" سے حاصل ہوتا ہے۔ اس کے اندر گرگڑھا پڑ جانے کی وجہ سے آبد نما ساخت پیدا ہو جاتی ہے
موخر حصہ کے خلیات بڑھتے رہتے ہیں۔ اسی سے عدسی الیاف چل جاتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ آئندہ چل کر اس میں مکعب خلیات بالکل نہیں
پائے جاتے۔ اور موخر خلافت عدسی کے اندر عدسہ کے نزدیک مکعب خلیات بشری نہیں ملتے۔ مذکورہ خلیات بڑھنے اور الیاف میں تبدیل
ہونے سے آبد نما ساخت کی فضا کو عدسی الیاف سے بھر دیتے ہیں اور یہ ایک کمرہ کی صورت اختیار کرتے ہیں۔ اس کمرہ میں عدسی الیاف تیار
سے ہر ایک مقدم خلافت عدسی سے شروع ہو کر موخر عدسی خلافت تک جاتا ہے۔

علیٰ التیاس جو ان آدمی کے عدسہ میں یہ الیاف موخر سطح کے عدسی ستارہ ناخظوں سے شروع ہو کر مقدم عدسی ستاروں کی لکیروں
تک پائے جاتے ہیں اس کے بعد عدسہ کی نشوونما بعد الیاف کے ساتھ نئے الیاف کے پیدا ہو کر لگنے سے حاصل ہوتی ہے یہ حالت تمام عمر جاری رہتی
رہتی ہے۔ اس کی مثال بالکل ایسی ہی ہے جیسا کہ سطحی بشری ساختوں میں سب سے باہر کے خلیات رگڑے گڑے پڑتے ہیں اور نئے خلیات ان کی
جگہ لے لیتے ہیں مگر یہ حالت عدسہ میں نہیں ہو کیوں کہ یہ بالکل بند ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے عدسہ میں اس ساخت کے اندر پڑنے والے خلیات

نصیر ۱۳ متعلق صفحہ ۲۹



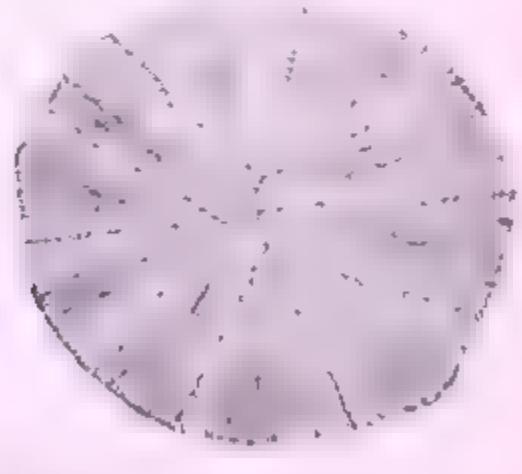
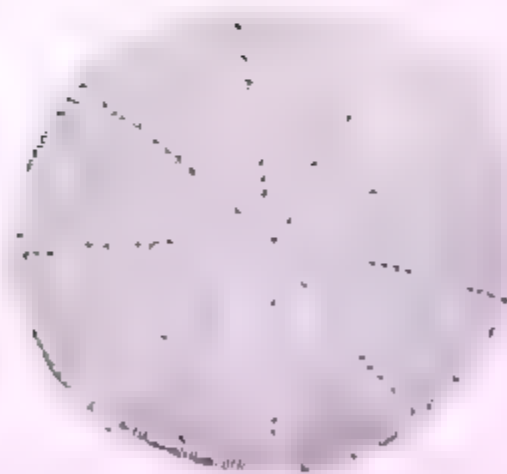
عدسہ کا مرکزی مرکز — (دائرہ) (۱) (۲) (۳) (۴) (۵) (۶) (۷) (۸) (۹) (۱۰) (۱۱) (۱۲) (۱۳) (۱۴) (۱۵) (۱۶) (۱۷) (۱۸) (۱۹) (۲۰) (۲۱) (۲۲) (۲۳) (۲۴) (۲۵) (۲۶) (۲۷) (۲۸) (۲۹) (۳۰)

(۱) عدسہ (۲) (۳) (۴) (۵) (۶) (۷) (۸) (۹) (۱۰) (۱۱) (۱۲) (۱۳) (۱۴) (۱۵) (۱۶) (۱۷) (۱۸) (۱۹) (۲۰) (۲۱) (۲۲) (۲۳) (۲۴) (۲۵) (۲۶) (۲۷) (۲۸) (۲۹) (۳۰)

نصیر ۱۵ متعلق صفحہ ۳۰

(۱)

(۲)



عدسہ (۱) (۲) (۳) (۴) (۵) (۶) (۷) (۸) (۹) (۱۰) (۱۱) (۱۲) (۱۳) (۱۴) (۱۵) (۱۶) (۱۷) (۱۸) (۱۹) (۲۰) (۲۱) (۲۲) (۲۳) (۲۴) (۲۵) (۲۶) (۲۷) (۲۸) (۲۹) (۳۰)

نویس اور اولہور نے بیان کیا ہے — (A) (B) (C) (D) (E) (F) (G) (H) (I) (J) (K) (L) (M) (N) (O) (P) (Q) (R) (S) (T) (U) (V) (W) (X) (Y) (Z) (۱) (۲) (۳) (۴) (۵) (۶) (۷) (۸) (۹) (۱۰) (۱۱) (۱۲) (۱۳) (۱۴) (۱۵) (۱۶) (۱۷) (۱۸) (۱۹) (۲۰) (۲۱) (۲۲) (۲۳) (۲۴) (۲۵) (۲۶) (۲۷) (۲۸) (۲۹) (۳۰)

۴۱
جھم میں چھوٹے ہونے کے ذریعہ اس کمی کو پورا کر دیا جاتا ہے۔ گوکہ اس طرت عدسہ مدت العمر بڑھتا رہتا ہے۔ اس کے باوجود
پیدا ہوتے رہتے ہیں۔ ۲۵ سال سے ۶۵ سال تک عدسہ اپنے جھم میں ایک تہائی وقت سے

نر تار بدنی

یہ ساخت باریک متجانس ایف پرتشمل ہوتی ہے جو کہ جسم بدنی کے اندرونی کن سے شروع ہوتی ہے۔
یہ اندرونی کنارہ جسم بدنی کا ناف مندر سے شروع ہوتا ہے۔ ایف اپنے جسم بدنی کے ساتھ ساتھ رستہ میں اندر
برسیر کی چوٹی پر اس سے الگ ہو جاتے ہیں۔ اور آزاد ہو کر عدسی کنارے تک پہنچتے جاتے ہیں۔ یہیں عدسی کنارے کے
جاتے ہوئے یہ ایف ایک دوسرے سے الگ ہو جاتے ہیں۔ ان میں سے کچھ عدسی استوائ تک جاتے ہیں۔ بعض سنے
اور بعض پچھلے سے گذر کر عدسی غلاف تک پہنچتے ہیں اور اس کے اندر مدغم ہو جاتے ہیں جو جوف ان اوتار عدسی
اور عدسی استوائ کے درمیان مثلث نما واقع ہوتا ہے اس کو قفۃ پیٹ کتے ہیں۔

طبقة زجاجیہ

یہ نیچے شفاف بے رنگ اور جلی نما ہوتی ہے۔ آنکھ کا موخر جوف اس سے جبراً ہوتا ہے۔ اس کی مقدم سطح
پر ایک گڑھا ہوتا ہے جس کو حفرہ عدسی کہتے ہیں۔ اس کے اندر عدسہ کی موخر سطح رکھی ہوتی ہے۔ دوسری طرف
”زجاجیہ“ طبقہ شبکیہ اور جسم بدنی کے ساتھ ملحق ہوتا ہے۔

بدنی حصے کے ساتھ زجاجیہ مستحکم طریقہ پر ملحق ہوتا ہے مگر شبکیہ کے ساتھ اس کا تعلق اس قدر مضبوط نہیں ہوتا
یہ شفاف سیال مادہ پرتشمل ہوتا ہے جس کے اندر خلیات ہوتے ہیں جن کو زجاجی کریٹ کہتے ہیں۔ کرات زجاجی گول
یا شائع دار ہوتے ہیں۔ یہ کرات زجاجیہ کے باہر کے پرتوں میں پائے جاتے ہیں اس کے محیطی حصے میں خصوصاً جسم بدنی کے
نزدیک اس کے اندر ایسا ہی کیفیت معلوم ہوتی ہے۔ یہ زجاجی ساخت ایک شفاف جلی کے اندر بند ہوتی ہے جس کو غشا
زجاجی کہتے ہیں۔ بعض ماہرین ان اجزائیوں یعنی ساخت اور زجاجی بھی کے تعلق خیال کرتے ہیں کہ یہ صحن نما کرنے کے اعمال کے وسیلے
میں پیدا ہو جاتی ہے۔ مگر مرضی حالات میں بھی اس کے موجود ہونے کا ثبوت ملتا ہے۔ مکمل نشو و نما یافتہ آنکھ زجاجیہ کے اندر داخل ہو
نہیں ہوتے۔ اور اگر ہوتے ہیں تو وہ صرف زجاجی ثمران کا بقیہ حصہ ہوتے ہیں۔

قفاۃ زجاجیہ کے اندر یعنی حالت میں ثمران زجاجی ہوتی ہے بعض اوقات قائم رہتی ہے۔ اور ایک لمبائی جوف کا کام دیتی ہے۔

حسی نظام چشم

حسی نظام چشم: طبقہ شبکیہ عصب باصرہ اور ان کے متعلق مرکزی نظام عصبی پیشل ہو۔

شبکیہ ایک پتلی غشاء ہے جو حیات زندگی میں آنکھ کے اندر شفاف اور ارغوانی سرخ رنگ کی ہوتی ہو اس کے رنگ کا
 منظر *Visual purple* یا بصارتی ارغوانی رنگ پر ہوتا ہے جو اجسام عسویہ کے اندر پایا جاتا ہے۔ منے کے بعد
 شبکیہ بہت جلد غیر شفاف ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی اس کے بصارتی ارغوانی رنگ بھی زائل ہو جاتا ہے اس ارغوانی رنگ کا زوال روشنی کے اثر سے
 ہوتا ہے۔ لہذا وہ شخص کی آنکھ کا شبکیہ یا ایک سفید غشاء کی صورت اختیار کر لیتا ہے۔

زندگی کی حالت میں شبکیہ میں دو ابھرے ہوئے مقامات پائے جاتے ہیں۔ ان میں سے ایک سفید اور چھوٹی قرص کی شکل کا ہوتا ہے جبکہ
 شبکیہ کے عروق پوروں طرف شبکیہ میں پھیلتے ہیں۔ یہ وہی جگہ ہے جہاں پر عصب باصرہ آنکھ کے اندر داخل ہوتا ہے۔ اس کو قرص بصری
 بھی کہتے ہیں۔ دوسرا مقام آنکھ کے موخر قطب پر واقع ہے۔ اس کا رنگ ہلکا زرد ہوتا ہے اس لئے اس کو بقعہ سنہادی کہتے ہیں اس
 مقام کے مرکز میں ایک محضرہ ہوتا ہے جس کو شبکیہ کا حفرہ مرکزی کہتے ہیں۔

ساخت: اگر طبقہ شبکیہ کو مشیمہ سے اوپر اٹھانے کی کوشش کی جائے تو معلوم ہوتا ہے کہ مشیمہ کے ساتھ یہ طبقہ صرف دو مقبول
 پر تشکیل پاتے ہوئے ہیں یعنی ایک تو قرص بصری کے مقام پر اور دوسرے شبکیہ کے مقدم کنارے پر اس کا احصاق مشیمہ سے مستحکم اور مضبوط
 ہوتا ہے شبکیہ کا کنارہ دندانہ دار خط کے مانند ہوتا ہے۔ اسی کو ہم نافہ منقہ کہتے ہیں۔ انہی جانب اور اوپر کی جانب بہ نسبت مدنی جانب کے
 نافہ سنہادی زیادہ سانس کی طرف ہوتا ہے۔ یہ وہ خط ہے جو جسم بدنی اور مشیمہ کے درمیان مدفاصل ہو۔

شبکیہ کی ساخت نیچے اور کے مختلف پرتوں پر مشتمل ہوتی ہے مگر سب سے اندرونی جانب اس کا اپنی پرت ہوتا ہے جو عصب بصری سے
 بنتا ہے اس عصب کے اینٹ آنکھ کے اندر چاروں طرف پھیلتے ہیں شبکیہ کے سب سے باہر والے پرت میں اجسام عسویہ و مخروطی پے جلتے ہیں شبکیہ
 کی ساخت کے یہ اجسام ہیں جو احساس نور کا فریضہ ادا کرتے ہیں۔

شبکیہ کے اجسام دو قسم کے ہوتے ہیں۔ ایک نیچ عصبی۔ دوسرے نیچ دھل۔ دوسری قسم کے اجسام نہایت لطیف عصبی ہوں گے
 کیوں اور عصبی میان کو ایک دوسرے سے علیحدہ علیحدہ رکھتے ہیں شبکیہ کے اندرونی جانب ان سے ایک پتلی بنتی ہے جس کو نافہ منقہ دیکھتے
 ہیں۔ یہ پتلی شبکیہ اور زجاجیہ کے درمیان داخل رہتی ہے۔

تقدیر کے حادثے بیکہ کے دوست ہوتے ہیں ایک سرسبز کائنات ہے جس کو مریضوں کو چھوٹی ہوئی اور
 اور اس کے بعد وہ بی بی بن کر رہتی ہے۔ اس کا اندیشہ یہی ہوتا ہے کہ اس کے بچے کا نام ہے شکیہ کے منت پر توں کو معلوم
 ہے کہ وہ اس کی تصویر کو دیکھ رہی ہیں۔

حضیر مریض | اس مقام پر یہ شیخ موبقات اور اس کے درونی تہمت سے جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے
 پرستہ ہے۔ اس کے درونی تہمت سے جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے
 جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے
 جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے

بشرہ ماریش | اس کے درونی تہمت سے جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے
 جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے
 جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے
 جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے

جسم بی اور غیبیہ کے ساتھ شکیہ کا تعلق۔ نظام شکیہ کا نظام ہے جو معلوم ہوتا ہے کہ اس کا نام ہے شکیہ کا
 حافظہ ہے۔ اس کے درونی تہمت سے جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے
 جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے
 جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے جکھ پڑتا ہے۔ اس کے درونی تہمت سے

شکیہ کے عروق دموی شکیہ کا عروق نظام شکیہ ہی کے لئے مختص ہے۔ اور یہ یہ اس کے اندر ہی پائے جاتے ہیں۔ شکیہ کا
 عروق نظام بدل عروق نظام سے جدا گانہ ہوتا ہے۔ اور مرکزی شریان اور مرکزی ورید کی شاخوں سے بنتا ہے۔ یہ شریان اور وریدیں
 بھری پختہ شاخوں میں تقسیم ہوجاتی ہیں اور اس تقسیم کے بعد اس کی شاخیں ذہن تک پہنچتی ہیں۔ اگر اسی صورت سے کہ ان کا بھی
 قائم نہیں رہتا۔ صرف قوس بھری پر جسم بدل شکیہ کے عروق کے مابین اتصال باقی رہتا ہے۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۱۰

عام طور پر ماہر زن کے صلبی دائرہ عروق کی ایک بڑی شاخ عصب بھری کے اندر سے ہونی ہونی شکیہ میں داخل ہوتی ہے
 یہ شکیہ کے عروق کے مابین اتصال قائم کرنے والی شریان نہیں ہے۔ بلکہ یہ خود بدل شریان ہے جو شکیہ کے ایک حصہ کو سیرج کرتی ہے
 شکیہ کا یہ رقبہ صغی جانب واقع ہوتا ہے۔ منظر لکھن کے ذریعہ سامنے کرنے پر یہ عروق دموی قوس بھری کے کنارے سے باہر نکلتے

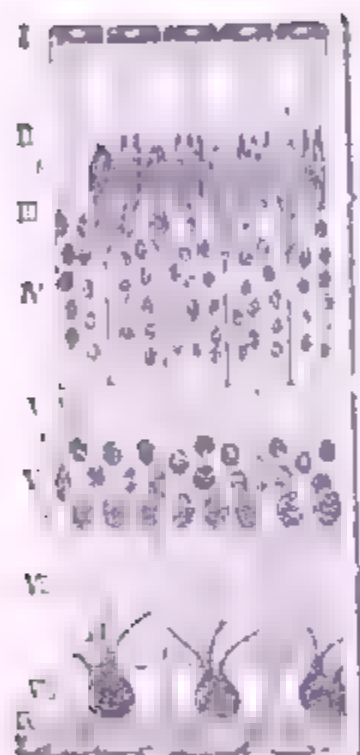
ہوئے عدم ہوئے ہیں وریوں کی بھی غیر طبعی حالت میں ہی صورت پائی جاسکتی ہے مگر یہ عام نہیں ہوتی یہ وری بصری
۔ بن وید کی صورت میں مشیمیہ سے خون لے کر مرکزی وری میں داخل کرتی ہے۔

عصب باصرہ

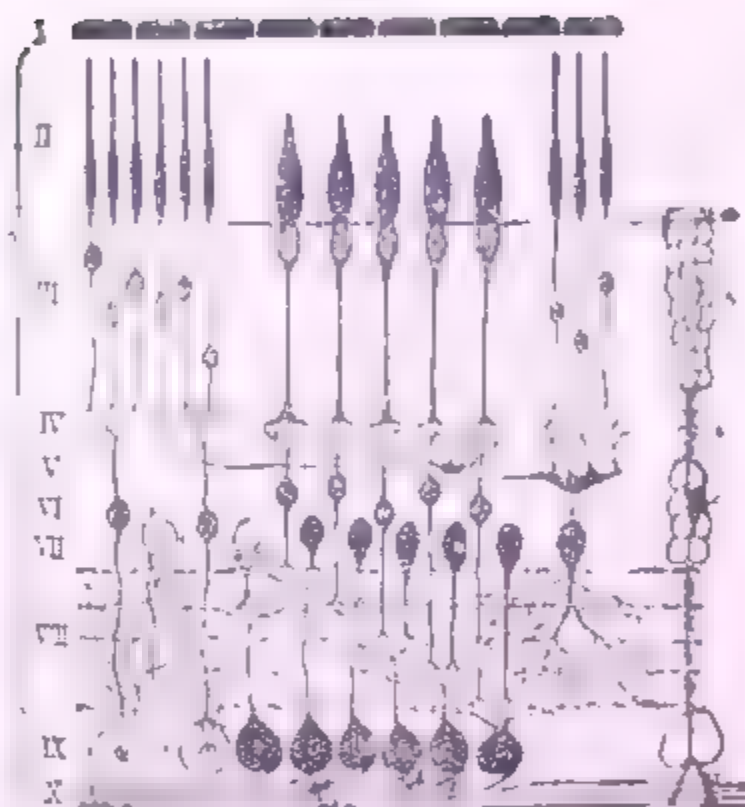
بصری | شبکیہ کے عصبی ایلیف اکٹھا ہو کر عصب باصرہ بناتے ہیں عصب باصرہ مچھر کے راستے آنکھ سے باہر نکلتا ہے
ورثہ سے لے کر گرجی جوف میں داخل ہو جاتا ہے اسی لے ماہرین اس کو تین حصوں میں تقسیم کرتے ہیں۔ پہلا وہ حصہ
جوا کھینی سببیہ کے اندر ہوتا ہے۔ دوسرا مچھری حصہ جو مقعد عینی سے ثقبہ بصری تک جاتا ہے۔ تیسرا گرجی حصہ جو ثقبہ بصری
سے تقاطع بصری تک پہنچتا ہے۔

پہلا حصہ یعنی عصب بصری کا آنکھ کے اندر والا حصہ شبکیہ سے ”عصب باصرہ“ کے باہر نکلنے کے لئے مشیمیہ اور صلیبیہ
کے اندر سوراخ ہوتا ہے جس مقام پر یہ سوراخ ہوتا ہے وہ آنکھ کے قطب موخر سے ذرا اندر کی طرف واقع ہے
اس سوراخ کو جس سے عصب باصرہ باہر آتا ہے ”ثقبہ صلیبی“ بھی کہتے ہیں جیقتا یہ چھوٹی سی ایک قنات ہے جس کو قنات
صلیبی ویشمی اور اس کے اندر سے عصب بصری کے گزرنے والے حصہ کو ”صلیبی عصب بصری“ کہتے ہیں۔ صحیح معنی میں سوراخ
نہ تو صلیبیہ میں ہوتا ہے اور مشیمیہ میں بلکہ عصب باصرہ ان دونوں کے اندر سے مندرجہ ذیل طریقہ پر باہر نکلتا ہے اور صلیبیہ کے بیرونی پرت
جو صلیبیہ کی بذات کا پٹہ حصہ ہوتے ہیں ان کے اندر عصب باصرہ بالکل سوراخ نہیں کرتا بلکہ صلیبیہ کا یہ حصہ آنکھ کے پیچھے کی طرف عصب باصرہ کے اوپر جاتا ہے
اور اس کا خارجی غلاف بناتا ہے اور صلیبیہ کے اندرونی پرت ثقبہ صلیبیہ کے اوپر چھلی کے طریقہ پر کھینچ جاتے ہیں۔ اس چھلی کے
اندر مشیمہ سوراخ ہوتے ہیں بن میں سے بھی ایلیف گذر کر باہر نکلتے ہیں۔ اسی کو طبقہ مصفویہ (LAMINACRIBROSA) کہتے ہیں۔ اسی طرح مشیمیہ طبقہ کے چند ایلیف بھی ثقبہ صلیبی کے اوپر آ جاتے ہیں اور اس کے اندر بھی اسی طریقہ سے سوراخ
ہوتے ہیں مرضی شیت سے طبقہ مصفویہ کو خاص اہمیت حاصل ہوتی ہے جس کے متعلق پہلی بات تو یہ ہے کہ یہ طبقہ
آنکھ کا سب سے کمزور مقام ہے کیوں کہ اس جگہ پر صلیبیہ کا صرف اندرونی پرت ہوتا ہے جس کے ساتھ شیمیہ کے
بھی چند ایلیف پائے جاتے ہیں۔ اسی میں سے عصبی ایلیف گذرتے ہیں۔ اسی لے آنکھ کا تو تر بڑھنے پر سب سے پہلے
یہ مقام متاثر ہوتا ہے طبیعی آنکھ میں طبقہ مصفویہ بالکل ایک خط مستقیم پر جاتا ہے اس میں کسی قدر پیچھے کی طرف
”یہ“ ہوتا ہے چونکہ تو تر عینی کے بڑھنے پر یہ جگہ زیادہ سے زیادہ پیچھے کی طرف ہٹ جاتی ہے اسی لے

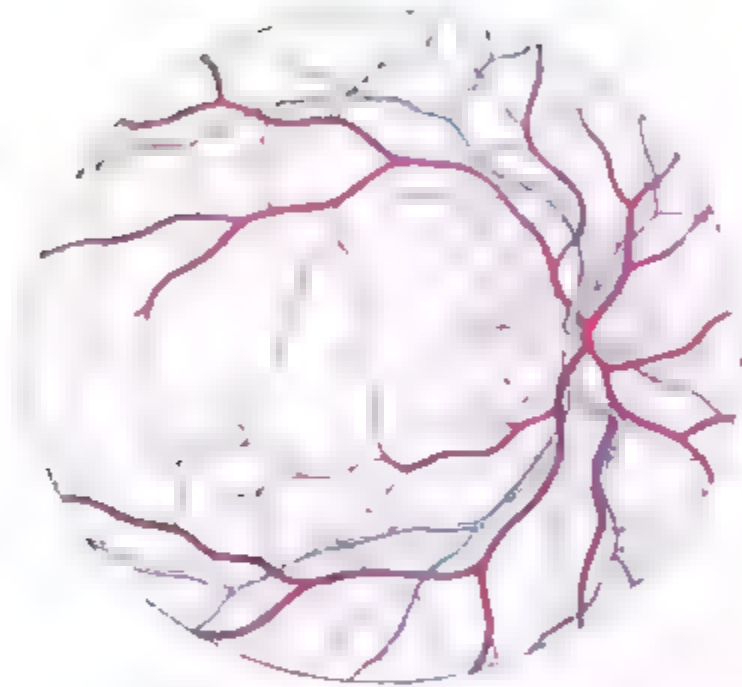
(A)



(B)



شکریہ کے ۵ وقت مہر



۱. ۱. ۱. — ہائیڈرو سیکس شریان — ۱۱. ۱۱. ۱۱. — ہائیڈرو سیکس شریان —
 ۱. ۱. ۱. — زیرین سیکس شریان — ۱. ۱. ۱. — زیرین سیکس شریان —
 ۱. ۱. ۱. — شریان ہیکس سیکس — ۱. ۱. ۱. — ہائیڈرو سیکس ویکس —
 ۱. ۱. ۱. — ہائیڈرو سیکس ویکس — ۱. ۱. ۱. — زیرین سیکس ویکس —
 زیرین سیکس ویکس — ۱. ۱. ۱. — ویکس ہیکس سیکس •

س جگہ پر زرق المانی قعر پیدا ہو جاتا ہے۔

دوسرا سبب اس کی اہمیت کا یہ بڑا ثقبہ مصفیہ کے اندر خصوصاً طبقہ سفویہ کی حدود میں عصب بنام وائٹ مادی خست یعنی دیوار کے اندر محصور ہوتا ہے یہ صورت عصب بصر کی نہیں نہیں پائی جاتی اگر اس حصہ میں عصب بنام وائٹ مادی درم لائق ہو تو اس مقام پر بہت جلد اس نے اندر خستاتی حالت پیدا ہو سکتی ہے اور ایسی صورتیں اس کی تحت حیات ہی زل زل سے اس کی مثال بالکل سیسی ہی بہت عجیباً "تثاقبہ" کے مقام پر اس کے یعنی حدود کی وجہ سے نفقی۔ خستوں میں خستاتی کیفیت پیدا ہو سکتی ہے یا ان میں خستوں (خاستوں) لائق ہو سکتا ہے عصب بصر کا جو حصہ طبقہ سفویہ سے ملتا ہے، یہ یعنی ٹھہ کے اندر والا حصہ اس کو ہم عصب بصری کا سمر (قرص بصری) کہتے ہیں۔ یہ مقام جو منظور عینی سے معائنہ کرتے وقت قرص بصری کی صورت میں نظر آتا ہے۔ قرص بصری سے عصب بصری کے ایاف پچیل (شبکیہ) کا سب سے مقدم پرت بناتے ہیں۔ عصبی ایاف چار حصوں پر شل ہوتے ہیں۔

(۱) افقی حصہ (۲) بالائی صدغی حصہ (۳) زیرین صدغی حصہ (۴) قریبی و بقیہ حصہ۔ افقی ایاف پٹھے کی صورت میں ایک دوسرے سے ذرا قریب ہوتے ہوئے افقی نصف شبکیہ میں چسپاتے ہیں۔ قریبی و بقیہ حصہ شبکیہ کا ایک حصہ ہوتا ہے یہ ایاف قرص کے صدغی جانب والے رقبہ میں ملتے ہیں اور "ایسی" قوس کی صورت میں عقبہ سفراوی تک پہنچتے ہیں بالائی صدغی اور زیرین صدغی حصے دو حصوں میں منقسم ہو جاتے ہیں جن میں سے ایک مبینی اور دوسرا مرکزی ہوتا ہے جو محیطی ایاف افقی ایاف کی طرح شبکیہ کے مانند قوس نما شکل میں چسپاتے ہیں۔ اور مبینی تک پہنچتے ہیں۔ بالائی صدغی حصہ کے وسطی ایاف زیرین صدغی حصے کے ایاف سے افقی محور پر اس خط پر ملتے ہیں جو حفیرہ مرکزی سے ۱۰ سے ۲۰ ڈگری تک ہوتا ہے۔ مذکورہ دونوں ایاف اس خط سے آگے نہیں تجاوز کرتے۔

بالائی اور زیرین صدغی حصوں کے ایاف جن سے شبکیہ کا بڑا رقبہ بنتا ہے۔ بہت زیادہ تعداد میں قرص بصری پر سے گزرتے ہیں مگر ان کا قرص بقیہ والا حصہ شبکیہ کے رقبہ کے لحاظ سے بہت بڑا ہوتا ہے۔ حضوی فضل کے نقطہ نظر سے دیکھا جائے تو یہ حالت بالکل درست ہے کیوں کہ بقیہ حصہ میں حسی اجزاء بہت زیادہ ہوتے ہیں سی لے عصبی ایاف اس حصہ میں بہت زیادہ پائے جاتے ہیں۔ یہاں کے اجزاء میں احاسی زیادتی اس امر کو مستلزم ہے کہ ہر جزء یا مطلق دماغ سے ہے۔ اسی لئے اس رقبہ میں عصبی ایاف کی زیادہ تعداد ہوتی ہے خواہ رقبہ چھوٹا ہی کیوں نہ ہو۔

نظر آتے ہیں جو ہر جگہ پر ایک دوسرے سے متصل ہوتے ہیں اور سارے عصب باہرہ کے اندر پائے جاتے ہیں اس وجہ سے ایک اندرونی سطح اور عصب باہرہ کے درمیان ایک جوف ہوتا ہے۔ یہ جوف لمبائی جوف کا مرکز ہے جس کے عصب باہرہ کے باقی حصے کا عصب باہرہ کے ایک ایسے قلعے کی صورت میں جمع ہوتے ہیں کہ اس کی چوٹی عصب باہرہ کے مرکز کی طرف اور قاعدہ عصب کے بیرونی کنارے سے تسلسلہ ہے آگے چل کر یہ نظام میں جاتا ہے اور یہ ایف ایف عصب کے درمیان میں پھیل جاتا ہے جس کا عصب باہرہ کے تین غلاف ہوتے ہیں ایک اندرونی، دوسرا درمیانی اور تیسرا بیرونی یہ تینوں غلاف دماغی غلاف سے منسلک ہوتے ہیں۔ اسی لئے ان کا نام بھی، غشی کے مطابق ہوتا ہے چنانچہ پہلے غلاف کا نام "غلاف امونونی" دوسرے کا نام "غلاف منکیوتی" اور تیسرے کا نام "غلاف جانی" رکھا جاتا ہے۔

اندرونی غلاف یعنی غلاف امونونی، اصل عصب باہرہ کے ساتھ چپا ہوتا ہے اور اسی سے نیچے دھل کے نیچے جہاں کے ٹیڑھے پر عصب باہرہ میں مل جاتا ہے اس کے نیچے جہاں عروق دماغی جاتی ہوتے ہیں۔ پہلے جہاں غلاف یعنی غلاف جانی، اندرونی غلاف سے بہت زیادہ دبیر ہوتا ہے۔ اس کے گرد عروق دماغی جاتی کے اندر رہتا ہے۔ اسی وجہ سے ایک فراخ جوف "جوف بین السخادر" (Space between) اس سے اور اندرونی غلاف جانی کے درمیان باقی رہتا ہے اور درمیانی غلاف یعنی "غلاف منکیوتی" تیسرے غلاف سے ایک قسم کی یک نواست ہے۔ جو اکثر حصوں میں غلاف جانی کے ساتھ مضبوطی سے جڑی جاتی ہے۔

یہ غلاف نیچے دھل کے ساتھ جہاں کے ذریعہ اندرونی و بیرونی غلافوں سے ملتی جاتی ہے۔ اور جوف بین السخادر کو دو حصوں میں تقسیم کرتا ہے جن میں ایک کو جوف تحت الجانی اور دوسرے کو جوف تحت المنکیوتی کہتے ہیں۔ یہ جوف دماغی جاتی کے دماغی جوفوں سے ملتی جاتی ہیں۔ ان جوفوں کی طرف مرنے والے غلافوں کی اندرونی سطح پر شروء بالانہ کا اثر ہوتا ہے اسی وجہ سے ان کو غلاف دماغی کہہ سکتے ہیں۔

عصب باہرہ کے تینوں غلاف جلیبہ کے مابین پھیل کر پسینہ دھم ہو جاتے ہیں۔ بیرونی اور درمیانی غلاف صلب کے باہر پھیل کر جھک جاتے ہیں۔ اندرونی غلاف صلب کے اندرونی حصے میں دھم ہو جاتا ہے اور دماغی جاتی کے ساتھ مل جاتا ہے۔ اس کے ساتھ ساتھ ہی جوتا ہے۔ اس کے باقی حصے میں۔

عروق دماغی "غلاف امونونی" سے نکلتے ہیں اور یہیں سے عصب باہرہ کے اندر داخل ہوتی ہیں۔ اس کے علاوہ جوف کے

مقدمہ میں بھی عصب باصرہ کے مرکزی عروق پاسے جلتے ہیں۔

مرکزی شریان۔ شریان عینی کی ایک شاخ ہوتی ہو اور مرکزی ورید بالائی ورید عینی میں یا جو فکنتی میں باہر نکلتی ہے۔ دونوں عروق عینی ورید شریان مرکزی آنکھ سے ۴ یا ۱۲ ملی میٹر کے فاصلہ پر عصب باصرہ میں اس کے زین میں اور اندرونی جانب سے داخل ہوتی ہیں اور عصب کے اندر مرکزی عروق بصری تک پہنچتی ہیں یہاں پہنچنے کے بعد شبکیہ کے عروق میں منقسم ہو جاتی ہیں۔

طبقہ مصغویہ میں عروق دھوی دو مقام سے آتے ہیں ایک تو عصب باصرہ کے مرکزی عروق سے اور دوسرے "ان" یا "ہ" ٹیل کے دائرہ عروقی سے اور ان کے ساتھ اتصال قائم کرنے والے عروق۔ موثر ہڈی شریانیں صغیرہ سے حاصل ہوتے ہیں اور جو بنی الاغداد کے بند کمان سے سامنے صلیب کے اندر پڑے ہوتے ہیں طبقہ مصغویہ کا سرکاری عروق جال بیکر شبکی اور ہڈی عروقی نظام کے درمیان خیراتصال کرتی ہے۔ طبقہ مصغویہ کی دوسری جانب یعنی آنکھ کے اندر شبکیہ کا عروقی نظام دوسرے عروق میں نہ بالکل الگ ہو جاتا ہے۔

عصب باصرہ کا حجمی حصہ۔ شبکیہ بصری سے گذرے کے بعد عصب باصرہ مجر کو چھوڑ دیتا ہے۔ دوسرے معنی میں شبکیہ بصری ایک چھوٹی سی تناسل ہے جس میں عصب باصرہ کے علاوہ شریان عینی بھی پائی جاتی ہیں۔

عصب باصرہ کا حجمی حصہ۔ شبکیہ بصری سے تقاطع بصری تک ہوتا ہو اسی لئے اس کی لمبائی بہت تھوڑی ہوتی ہے۔ یہ جوڑ ہوتا جو اس پر موقوفہ غلاف ہوتا ہے کیونکہ دوسرے عروق غلاف شبکیہ بصری سے گزرتے ہوئے دماغی غلاف سے مل جاتے ہیں۔ تقاطع بصری و عروق بصری۔ دونوں عصب باصرہ تقاطع بصری پر پہنچ کر آپس میں مل جاتے ہیں اور تقاطع بصری کے

پچھلے حصے میں جہی کے طور پر دوبارہ بنام ہوتے ہیں تقاطع بصری و عروق بصری کے بصری گڑھے میں واقع ہوتا ہے اور بالکل تقاطع کے سامنے غلاف غائیہ پر پایا جاتا ہے۔ تقاطع بصری سے عروق بصری کا رخ پچھلے کی طرف کو ہوتا ہے۔ دونوں عروق بصری ایک دوسرے سے دور ہوتے جاتے ہیں اور باقی سریرہ (Crus caroti) کے گرد گھوم کر اپنے ابتدائی رکت قشری دماغی مرکز میں پہنچ جاتے ہیں ان مرکز میں سے زیادہ ضروری بیزنی بولائی (Ext. Geniculate body) اور مقدم جسم بولائی

بعد "نور" مستبات جسمی (Corpus quadrigemum) اور سریرہ بصری (Thalamus opticus) میں یہاں پہنچنے کے بعد ایلیاف نویرہ محرکہ "نور" مستبات جسمی (Oculo motor nucleus) دماغی قشرہ میں چلے جاتے ہیں۔



تمامی قوسیں مصوری . مصوب مصوری کا انداز ۲۰ اندر ہوا وہ حصہ جہاں پر کہ مصوب
مصوری اندر کے اندر داخل ہوتا ہے — (مع عروق) •

C. II — مشہور

I. — شہید

N. — غلاف مصوبی (فشارام حلونہ)

N. K. 1. — صلیب

I' — مشہور حلونہ

I. — طاقتہ مصوریہ

D. — ام چاقیہ

۴۹ مجرستم اور اس کے اندرونی جزا

مغنی مجریم مرجع حرم کی کل کا ہوتا ہے۔ اس کا قاعدہ مقدم سورن مجر سے منسلک ہوتا ہے اس کی چوٹی عقبہ صبر میں ہوتی ہے۔
 دونوں مجر کی مغنی دیواریں ایک دوسرے کے متوازن و برابری دیواریں ایک دوسرے سے متبع ہوتی ہیں۔ مغنی دیواریں میں تاج
 پیچھے سے سامنے آتے ہوئے پیدا ہوتا ہے۔ مغنی دیواریں زیادہ پتی ہوتی ہیں کیوں کہ یہ دیوار عظم ذی سے بنتی ہے اور عظم ذی
 کا اند کے مانند پتی ہڈی ہے۔ عظم ذی کے ۵۰۰ اس دیوار کے بنائے ہیں عظم المغفۃ بھی حصہ دیتی ہے۔ اس کی
 مقدم صدر "خفیہ دمیہ" ہوتا ہے جس کے اندر کس ذی واقع ہوتی ہے۔ مجر کے مؤخر حصہ میں تین سورن ہوتے ہیں جو مجر کو اس کے قریب
 والے دونوں سے ملاتے ہیں۔ ان میں سے پہلا سورن "تہ بنصرہ" کہلاتا ہے یہ سورن عظم المغفۃ کے پھوٹے و بانی حصوں کی ہر سے
 دونوں طرف گزرتا ہے اور میاں سے مجر کے خفیہ دمیہ کے ساتھ ہوتا ہے اس سورن میں سے عصب صبر ۱۱۰ اس کے نیچے شروع ہوتا ہے
 ذرا اٹھل ہوتی ہے اور دوسرا بالائی مجری انشفاق جو اوپر اور باہر والی دیواروں کے بائیں اتصال پر ہوتا ہے اس کو منہ و ذریعہ عظم
 کے جناح اکبر و صبر ہوتے ہیں۔ یہ انشفاق بھی خفیہ دمیہ میں پایا جاتا ہے۔ اس کے اندر سے عصب مجر میں داخل ہوتے ہیں۔ ان عصب مجر
 کے علاوہ عصب مجر غاس کی پہلی شاخ بھی باہر نکلتی ہے۔ تیسرا سورن "ذیرین مجری انشفاق" جو یہ دوسرا سورن سے ہوتا ہے اور
 "ذیرین دیواروں" کے بائیں اتصال پر پایا جاتا ہے۔ "عظم المغفۃ" کے جناح اکبر "عظم الفک" ہر دو کے درمیان ہوتا ہے۔ اور مجر کو خفیہ دمیہ
 کے ساتھ ملتی کرتا ہے۔ اس کے اندر سے عصب مجر غاس کی دوسری شاخ باہر نکلتی ہے اور اس عصب کی سب سے بڑی شاخ جو "ذیرین مجری عصب
 مجر کے اندر داخل ہوتی ہے۔

ذیرین مجری انشفاق ایک صفاق کے ذریعہ بند ہوتا ہے۔ اس میں ہشاد غیر غلط ایٹم بیٹا ہوتے ہیں۔ یہ درگاہ مجری عضلہ ہوتا ہے
 اس میں شرکی اعصاب داخل ہوتے ہیں۔ جیسے جیسے عمر بڑھتی جاتی ہے اس کے ساتھ قلعہ میں بھی بڑھتی ہے اور مجری عصب بھی زیادہ ہوتی جاتی ہے۔
 جب قلعہ میں کی نشوونما میں کوئی رکاوٹ ہو یا جب کہ مجر میں باہر برباد ہو گیا ہو تو مجری غلا چھوٹی رہ جاتی ہے۔ اگر عصب میں ہم پناہ
 ایسے مریضوں میں مصنوعی آنکھ لگادیں تو یہ ظاہر ہے کہ یہ مصنوعی آنکھ دوسری آنکھ سے بہت چھوٹی ہوگی اور اس قدر دونوں آنکھوں میں
 ہوگا کہ ان کا اختلاف بہت زیادہ نمایاں ہوگا۔

مجر میں کی دیواریں اپنے مقدم کنارے پر موٹی ہو کر ایک قسم کا مضبوط حلقہ بناتی ہیں۔ اسی کو ہم مجری کنارہ کہتے ہیں۔ حلقہ بڑی

”عصب و عصبیہ بنو گم کے اندر مل جاتے ہیں وہ عقدہ بنیٹے سے حاصل نہیں ہوتے بلکہ بلا واسطہ عصبیہ سے آتے

ہیں۔ این عصب بن کے ستن سے آتے ہیں بن کا نام عصب بدلی نہیں ہے، وراہی کے راستے شرکی عصب (جو آخر کار نخاعی بدلی مرکز سے شروع ہوتے ہیں) آنکھ کے اندر جاتے ہیں۔

”نجدی، صنایع اور بن کے اندر آنکھ کی وضع کا علم نہایت ضروری ہے کیوں کہ جرحی عصبیات
مجھ کے صنایع اور نجد کے اندر آنکھ کی وضع اس کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ جاننا بھی شد ضروری ہے کہ آنکھ کا جراثیمی ہے یا غیر طبعی

”سرنجین کے انکشافات سے اس سلسلہ میں ہم کو بت معلومات حاصل ہوتی ہیں۔ وہ اپنی پائش ایک ایسے خط سے شروع کرتے ہیں جو بدلی
آنکھ کے بن پچھلے نقطہ سے شروع ہو کر بن کے آنکھ کے ایسے ہی مقام تک پہنچتا ہے۔ اس خط سے قریہ کے بعد کا اوسط مردوں میں تقریباً ۱۱ میٹر
اور عورتوں میں ۱۱ میٹر سامنے کی طرف ہوتا ہے۔

مختلف افراد میں باہر کی طرف آنکھ کا ابھار مختلف ہوتا ہے یعنی کم از کم ۱۰ میٹر اور زیادہ سے زیادہ ۲۴ میٹر تک دکھایا گیا ہے جو خزانہ
حالت میں پوری آنکھ مجھ کے باہر نکل جاتی ہے۔

”بنی حالتوں میں متوسط درجہ سے ۲ میٹر آنکھ کا ابھار کم یا زیادہ ہوتا ہے۔ ۲۱ فی صدی اشخاص میں دونوں آنکھوں کا ابھار یکساں نہیں

ہوتا۔ گریہ اختلاف ایک میٹر سے شاذ و نادر ہی زیادہ ہوتا ہے۔ اگر ایک میٹر سے یہ اختلاف زیادہ ہو تو ممکن ہے اس کی وجہ یہ ہو کہ چہرہ کی
ایک جانب دوسری جانب کے مساوی نہ ہو عموماً اس قسم کے اختلاف کے ساتھ انعطافی خرابیاں بھی پائی جاتی ہیں۔ یہ بھی ممکن ہے کہ موراثہ

حالت صرف نظر ہو حیثیت کھتی ہو کوئی کہ قصور غیر الی آنکھ بنی جاتی ہے جس سے اس کا ابھار باہر کی طرف کو زیادہ آہستہ گراں مرکا بھی اس حالت کا اختلاف جو

ایک سے دوسرے بچے برس کے بچوں کی آنکھ کا اوسط ابھار ۱۵ میٹر ہوتا ہے۔ بیس برس کی عمر تک یہ ابھار ۱۵ میٹر تک پہنچ جاتا ہے۔ اگر

۲۰ سال کی عمر کے بعد نہایت آہستہ آہستہ بڑھتا ہے۔ ۲۰ سال کی عمر کے بعد ابھار کا آہستہ آہستہ بڑھنا ان جوانوں میں خاص طور پر پایا جاتا ہے جن میں

زیادہ سے زیادہ ابھار ۲۵ سال کی عمر میں ہو کر رہتا ہے۔ اساسی خط کی متوسط لمبائی ۱۰ میٹر ہوتی ہے۔ مگر بعض بعض افراد میں اس سے کم و بیش

ہی لے کر ۱۵ میٹر بھی ہوتا ہے۔ اساسی خط سے ۲۰ یا ۳۰ میٹر چھپ جاتی ہے۔ قریہ کے مرکز کا درمیانی فاصلہ مردوں میں ۱۱ سے ۱۲ میٹر

عورتوں میں متوسط طریقہ پر ۱۰ سے ۱۱ میٹر ہوتا ہے۔ شاذ و نادر کے زمانہ میں درمیانی فاصلہ بڑھتا رہتا ہے۔ پانچ سال کی عمر میں ۲۲ میٹر اور

۱۵ سال کی عمر میں ۱۵ سال میں ۱۰ سے ۱۱ سال کی عمر میں سب سے زیادہ ہوتا ہے اس فاصلہ کو آنکھ کے درمیانی مرکز سے قریہ کے مرکز

تک کی پیمائش کیا جاتا ہے کہ آنکھ کے اسی زاویہ کے تحت ”مجھشی خم“ پر ہوتا ہے۔ اور لاغری کی حالتوں میں ہی وجہ سے کم ہوتا ہے۔

ع
ج
:
ب



I



II

پاشون منجهو کا منجهو د جوهی قطع (P. ۴۳) ۱۲ ملی مونگو منقله
 (I) (II) منقله منجهو د جوهی قطع (P. ۴۳) ۱۲ ملی مونگو منقله
 (I) (II) منقله منجهو د جوهی قطع (P. ۴۳) ۱۲ ملی مونگو منقله
 (I) (II) منقله منجهو د جوهی قطع (P. ۴۳) ۱۲ ملی مونگو منقله

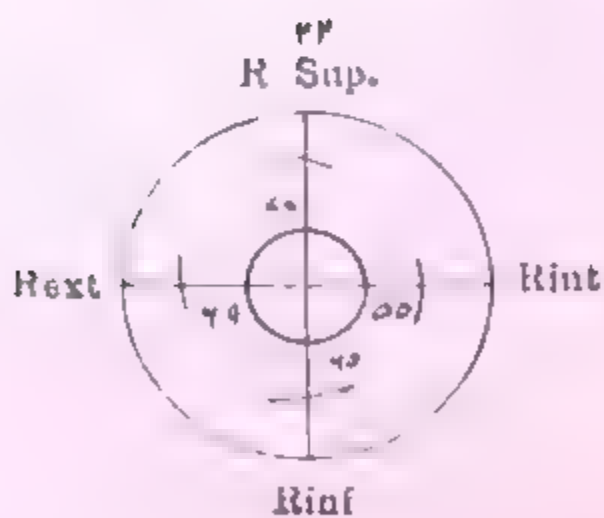
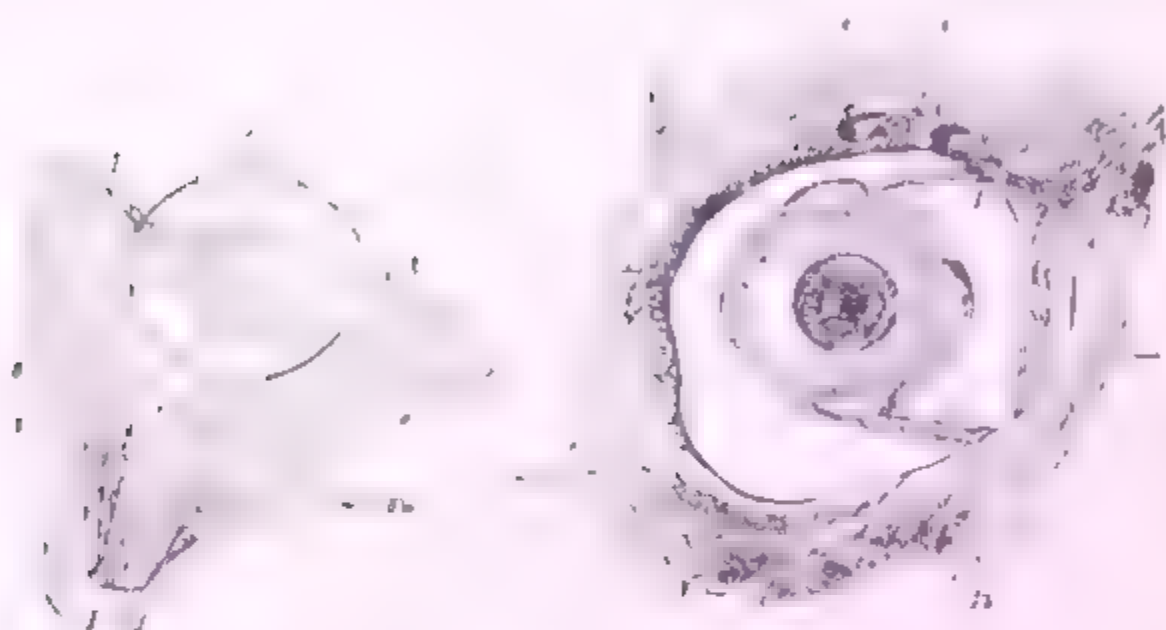
۱۲ ملی مونگو منقله د جوهی قطع (P. ۴۳) ۱۲ ملی مونگو منقله

۳ ملی مونگو منقله د جوهی قطع (P. ۴۳) ۱۲ ملی مونگو منقله

۱۲ ملی مونگو منقله د جوهی قطع (P. ۴۳) ۱۲ ملی مونگو منقله

۱۰

۱۱ و ۱۲



ذریعہ فرق صرف یہ ہے کہ یوں کر آنکھ پر ہی بکھرے پتھر کی شکل کی وجہ سے نہیں رہتی بلکہ عضلات و ریشہ و مصل کا ماحول بھی اس کو اپنی جگہ پر قائم رکھتے ہیں

”ہنگین“ کا نیاں بکر آکر کھٹے پر آگئے۔ اس کو جانتے ہیں کہ یہ بکھڑا شاید ایک ٹی مٹیہ تک ہوتا ہو اور جھان کے نہیں تو پر پیچھے ہٹ جاتے ہیں۔ یہ اچھا نمایاں طور پر زیادہ معلوم ہونے لگتا ہے۔ اس کی شکل کی تیسری طرف چاہئے، جو جھان کے بند کرنے پر معلوم ہوتا ہے۔ یہ بھی صرف نیالی ہے۔

عضلاتِ چشم

عضلاتِ چشم کی دہمیں میں - (۱) اندرونی (۲) بیرونی

۱۔ دونوں عضلاتِ چشم میں (۱) عضلاتِ بعض مدد - یہ عضلات مدد پر مشتمل ہیں۔ ان کا بیٹن اس کے قبل ہم نے دیکھا ہے کہ اس کی چوٹی بیرونی عضلاتِ چشم سے چھوڑی جاتی ہے اور دو عضلاتِ موربہ میں عضلاتِ مستقیمہ اندر جڑ جاتی ہیں۔

(۱) عضلہ مستقیمہ حشیہ (۲) عضلہ مستقیمہ انشیہ (۳) عضلہ مستقیمہ بالائی (۴) عضلہ مستقیمہ زریں۔

۱۔ کورد چاروں عضلاتِ چشم کی چوٹی یعنی ”آؤتہ“ کے کناروں سے شروع ہوئے ہیں۔ یہاں سے یہ عضلات سامنے کی طرف آتے ہیں اور سامنے آتے ہوئے سب پتیاں ایک دوسرے سے دور ہوتے ہیں۔ ان کا تسلسل اس طرف ہوتا ہے کہ ان کے درمیان قیف نامی جگہ پیدا ہو جاتی ہے جس کی چوٹی ”ثقبہ بصری“ پر جاتی ہے۔ اس قیف نامی جگہ کے اندر مقعر میں آجاتا ہے گویا کہ مقعر چشم اس قیف کا قعر ہے جو عضلہ بصرہ اس کے چوٹی میں جا کر مقعر بصرہ میں داخل ہوتا ہے۔ عضلاتِ مستقیمہ بیرونی و اندرونی صلبیہ کے اندر چوٹی کر قرنیہ کے اندرونی و بیرونی جانب ختم ہوتے ہیں۔

”بالائی عضلہ مستقیمہ“ صلبیہ کے بالائی حصہ میں اور عضلہ حشیہ صلبیہ کے زریں حصہ میں ختم ہوتا ہے۔ ان عضلات کا انجام صلبیہ کے راتار کے ذریعہ ہوتا ہے۔ آخر میں یہ راتار صلبیہ کے تپانوں سے مل جاتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ صلبیہ اپنے مقدمہ میں ان راتار کے ختم ہونے کی جگہ پر دیکھ کر ہوتا ہے۔

موربہ عضلات دو ہوتے ہیں (۱) بالائی عضلہ موربہ (۲) زریں عضلہ موربہ۔ مقدمہ الذکر عضلہ کا راستہ عضلاتِ چشم کے راستے سے زیادہ پیچیدہ ہوتا ہے۔ بالائی ”موربہ عضلہ“ ”ثقبہ بصرہ“ کے کنارے سے شروع ہوتا ہے۔ اور کجرجک بالائی و اندرونی دیوار کے ساتھ ساتھ آگے کو بڑھتا ہے (تصویر نمبر ۲۰ ملاحظہ ہو) یہاں تک کہ بکری (Trough) تک پہنچ جاتا ہو مگر یہاں تک پہنچنے سے پہلے

حیدر شاہ کی پائی کی عذاب نیند کی لذت جی رتی ہو جس کے اوپر طبقہ خارجی کے نزدیک لذت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہی لذت
تحقیقاً "ابتدائی عدسہ" ہے۔ اب اسی وجہ سے اس کو نیند عدسہ کہتے ہیں۔ تیسرے ہفتہ میں یہ ابتدائی عدسہ زیادہ اندر کی طرف دھنس
جاتا ہے اور شق عدسہ پیدا کرتا ہے۔ اس کے بعد عدسہ کہیں "مفتی" ہو۔ اور بالآخر اسی صورت اختیار کر لیتی ہے کہ "طبقہ خارجی سے بالکل
موجود" حویصلہ عدسہ کے نام سے موسوم کی جاتی ہے۔ اسی دوران میں "حویصلہ چشم" عدسہ کے سامنے جسم میں بڑھتا رہتا ہے اس کے علاوہ
عدسہ کے پیچھے اور خود اس کی پشت پر بھی اس کے حجم میں زیادتی ہوتی رہتی ہے۔ اس کی چوٹی جو پہلے محدب ہوتی ہے اب حویصلہ کے
ساتھ متصل بننے کی وجہ سے اس طرح مقعر ہو جاتی ہے کہ حویصلہ چشم کے اندر کا جوٹ کم ہو کر صرف ایک باریک اور لمبا، انشعاق باقی رہ جاتا
اور مذکورہ طریقہ پر گول حویصلہ چشم کا سہ عینی میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ تصویر نمبر ۲۰ و ۲۱

چشمی انشعاق معینی Foetal ocular cleft چونکہ حویصلہ چشم کی نشوونما زیرین حصہ سے نہیں ہوتی بلکہ اوپر سے
اس کے اس حصہ میں نقص رہتا ہے۔ اس لئے کا سہ عینی میں اس جانب ایک انشعاق پایا جاتا ہے۔ اسی حالت میں "کا سہ عینی" حویصلہ دماغی
سے کی قدر نامعلوم ہوتا ہے۔ اور حویصلہ دماغی کے ساتھ صرف ایک لمبی ساق کے ذریعہ ملتی ہوتا ہے۔ اس ساق والے جسم سے دور یہ
"دینی انشعاق" ایک گہری نالی کی صورت میں آگے کو بڑھتا ہے، اور جس قدر اس سے دور ہوتا جاتا ہے اسی قدر کم گہرا ہوتا جاتا ہے۔
مذکورہ بیان سے ظاہر ہو گا کہ کا سہ عینی حویصلہ بصری کی چوٹی کے اندر پردہ سے بنتا ہے۔ اسی لئے اس کی دیواروں میں بھی دو
پرت ہوتے ہیں۔ ایک پرت باہر کی اور باہر کی طرف دوسرا درزیر اور اندر کی طرف ہوتا ہے۔ "کا سہ عینی" کے کنارے "انشعاق بصری" کے مقام
پر وہ نوب پرت ایک دوسرے کے نزدیک آ جاتے ہیں اور کا سہ عینی کا جوٹ حویصلہ عدسہ سے بھر جاتا ہے۔ تصویر نمبر ۲۲ و ۲۳۔

اس مقام پر مل سے کا سہ عینی نمودار ہوتا ہے۔ اس کی وجہ سے حویصلہ بصری کا ابتدائی جوٹ جوٹ مجازی میں تبدیل ہو جاتا ہے کہ جوٹ
اندرونی اور بیرونی دونوں پرت مسلسل طریقہ پر ایک دوسرے کے ساتھ ملتی نہ ہونے کے باوجود لگے رہتے ہیں۔ یہ حالت تمام عمر اسی طرح
استقامت رکھتی ہے۔ اسی وجہ سے جوٹ منحنی تنک پیدا ہوتے ہیں وہ خاص اہمیت رکھتے ہیں طبقہ صلیب سے "شمیہ" کے علیحدہ ہونے میں
جوڈات مفتی جو صلیب پر پڑنے کے بعد نکلیا جاتا ہے۔ اس کے اعتبار سے "شبکیہ" بشیرہ ملوٹ بہت زیادہ آسانی کے ساتھ علیحدہ ہو جاتا
ہے۔ اسی وجہ سے عمل جرمی کے بعد اپنے طبعی مقام سے شبکیہ کے اکٹھے جانے کا خطرہ رہتا ہے۔ اسی طرح "جوٹ مجازی"
کے بعد جوٹ مفتی میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ علیٰ ہذا القیاس عینیہ کا دوسرا بصری پرت جو دراصل "حویصلہ بصری" کا اندرونی
پرت ہے۔ اس پرت سے آسانی سے جدا ہو جاتا ہے۔ اگر اس کے مندرجہ الصافات کو توڑا جائے تو یہ حالت پیدا ہو سکتی ہے یعنی مفتی جوٹ پرت عدسہ

٢٢



٢٥



٢٦



٢٧



٢٨



اور مقدم پرت غنیمت میں باقی رہ جاتا جو شیش خونی تہذیبوں میں بھی دیکھا گیا ہے۔ یہی تمام پرت مونز پرست طبعی رہتا ہے جو آنکھوں پر ڈھونڈ کر کے
 سمجھنے کے لئے اس امر کے سمجھنے کی شدت دیکھ کر انہوں نے کوئی جنینی اشتقاق بھروسے کے بغیر جس میں اس اشتقاق کی باطنی رو میں ایک
 دوسرے کی عزت بڑھتی ہے۔ اور بالآخر ایک دوسرے میں دھم جو جاتی ہے۔ یہ تمام اشتقاق جبری ہے۔ یہی ان سے کہہ سکتے ہیں جو تیار
 اور جنینی زندگی کے پانچویں منہ میں یہاں سے سامنے اور پچھلے بہہ کر کے مل جاتا ہے۔ اس کے ساتھ ساتھ اس کے ساتھ ہی اس کا شعری
 کا مقدم سورج "ابتدائی حد تک بن جاتا ہے جو اشتقاق جبری کے موثر سے پہلے یہاں پہنچا جاتا ہے۔ اس سے باقی رہتا ہے۔

بہشت اشتقاق جبری بند ہو جاتا ہے تو اس زندگی کا ابتدائی حلقہ جو کہ "اشتقاق ہے" بند ہو کر "کاسٹری" میں داخل ہو جاتا ہے۔
 "کاسٹری" کے نام سے اور اشتقاق بھری کے موثر سے پہلے جو تعلیمی تبدیلی سے حاصل ہوتا ہے۔ اس کے بعد وہی کے ساتھ سے
 پانچویں تمام رکھتا ہے۔ جو ابتدائی آنکھ کو دھماکتا ہے۔ گویا کہ وہ ابتدائی مدت میں جہاں سے آنکھ کے اندرونی "عروق" "کاسٹری" کو تیار
 کرتی ہے۔ اس وقت طبقت وسطیٰ "حوصلہ مدنی" اور "شہ" کے درمیان بہتا ہے۔ یہی ابتدائی قریب ہوتا ہے۔

عصب بصرہ۔ جبکہ "شہ" اور "طبقت زجاجیہ" کی کوئی جنینی زندگی کے پہلے ہفتہ کے بعد "شہ" کے مختلف حصوں میں تھوڑا اندر رہتا
 ذیل طریقہ پر ہوتی ہے۔

حوصلہ بصری۔ عصب بصری میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ یہ لسانی میں بہت بڑا ہوتا ہے اور اس کا مرکز کی جوت غائب ہو جاتا ہے
 اس کے غلیظ سے نسیج واصل کا ڈھانچہ تیار ہو جاتا ہے۔ اور غلیظ، سیاف، جبکہ "شہ" سے حاصل ہوتے ہیں۔ یہ غلاف اور "طبقت زجاجیہ" بصری
 کے چاروں طرف کے طبقت وسطیٰ سے حاصل ہوتے ہیں۔

کاسٹری بصری کا بیرونی پرت بہت جلد توں ہو جاتا ہے۔ اور بالآخر ایک پرت کی صورت اختیار کر کے "شہ" میں تبدیل ہو جاتا ہے
 اندرونی پرت "شہ" بن جاتا ہے۔ سب سے پہلے اس سے ایک سہارا دینے والا ڈھانچہ بنتا ہے۔ اور اس کے بعد "طبقت زجاجیہ" پرت تیار ہوتا ہے۔ شروع
 شروع میں "شہ" اپنے موثر مطلب میں دبیز ہو جاتا ہے۔ اور چھ مہینہ کے آخر میں اس رقبہ کے درمیانی حصہ میں "شہ" کم ہو کر "طبقت زجاجیہ" بن جاتا ہے۔
 ابتدا میں زجاجیہ کی کوئی "شہ" اور "عروق" دونوں حصہ لیتے ہیں۔ گویا کہ "شہ" "شہ" کو داخل ہوتا ہے۔ اور سب سے
 آخر میں "شہ" کا صرف اندرونی پرت داخل رکھتا ہے جس کے ساتھ تمام زندگی میں زجاجیہ چسپاں رہتا ہے۔

جنینی آنکھ کے عروق۔ آنکھ کے ابتدائی "عروق" نظام "کو تیسرے مہینہ میں ہم قیاس کر سکتے ہیں۔ اس وقت ایک لمبی زجاجی "شہ" روٹا
 ہوتی ہے جو زجاجیہ کے درمیان پائی جاتی ہے۔ یہ "شہ" بصری "ساق" کے اندر بصری اشتقاق کے موثر سے شروع ہوتی ہے۔ اسی مقام پر

بی طرف اس کو بڑھنے میں مدد دیتا ہے جنہی زندگی کے تیسرے مہینے میں لاکھ بڑھ ہی گا نامہ چار حویں تہہ اگلی کے
 ساتھ باہر کی طرف کو بڑھتا ہے جو بائیں جانب میں ملتا ہے یہی منہ قفل ہو جاتا ہے۔ ان کے دو پوتے تہہ تہہ ہیں
 برونی پوتہ بائیں جانب رہتا ہے جو اندر کی تہہ میں کے اندر اندر مل پوتا ہے اور بائیں پوتہ بائیں جانب رہتا ہے جو باہر
 بخشنی زندگی میں ملتا ہے برونی پوتہ میں ملتا ہے انہی دو پوتوں کا نام بائیں پوتہ برونی پوتہ ہے ان دو پوتوں کے نام
 جاتا ہے مذکورہ تہہ پر غیبیہ کا نوشتہ شروع ہوتا ہے۔ ڈیڑھ لاکھ لکھ کے پوتہ سمجھائی کی تہہ ہے تصویر نمبر ۵۴

جیسے جیسے غلط قابض مدد کو پاتا ہے ویسے ویسے تفریق کا پرت اس میں منتظم ہو جاتا ہے ان دونوں پوتوں کے نام
 مٹھی تہہ ہوتا ہے جو بتذاتی غیبیہ اور دوسرا پوتہ صلی۔ فی غشا کہلاتا ہے۔

نہ برقی یہی اوتی۔ Cuneiform اور خاص بن کر یہ مقدمہ کا نوٹیں اس خط سے شروع ہوتا ہے جو کہانی
عربیہ کا مقام ہوتا ہے۔ اس وقت نیزہ مقدمہ ایک علاقہ ناشتاق کی صورت اختیار کرتا ہے اور اس کی یہ حالت آٹھویں مہینہ تک
رہتی ہے ابتدائی عربیہ اور خصوصاً اس کا وہ حصہ جس کے اندر عضلہ قابض مقدمہ ہوتا ہے اور اس کا اصل فرق ہوتا ہے اور یہی کہ اس کا شکیہ
پر توجہ دہنوں میں منتقل ہوتا ہے جس کا ایک حصہ جہلی اور دوسرا مہینی و سہلی کہلاتا ہے اور یہ بزرگ یا چھوٹے پت میں چھپے مہینہ میں
”عضلہ باسط مقدمہ پیدا ہوتا ہے“ آٹھویں مہینہ ”غش“ حقیقی ذریعہ سے کلیتہً عضلہ ہوتا ہے اس کے بعد اس میں نموری لاحق ہوتا ہے
اور یہ نموری حالت پہلے مرکز سے شروع ہوتی ہے پھر تھیں تک پہنچ جاتی ہے اس خرابی کی وجہ سے صرف ”عربیہ“ صغیرہ دائرہ ہوتی رہ جاتا ہے
مووٹی تعلقات کا مختصر بیان۔ مذکورہ بالا بیان سے ظاہر ہوتا ہے کہ اندک کے اندر ونی و بیرونی طبقات ”قرنیہ بصلیہ“ و ”شیمیہ“
سب کے سب جنینی طبقہ وسطی سے حاصل ہوتے ہیں۔ اور عہدہ طبقہ خارجہ اور شکیہ کے پرتوں سے جن میں بشرہ مٹوہ بھی شامل ہوتا ہے
شکیہ کے مقدمہ حصص اور عضلہ قابض مقدمہ نیز عضلہ باسط مقدمہ طبقہ خارجہ کے اندر ونی حصہ سے بنتے ہیں یعنی جنی بصریت یا ابتدائی
و مانع سے۔ نہ باجیہ بھی طبقہ خارجہ ہی سے بنتا ہے۔ چنانچہ خبری طور پر عہدہ سے اور اس کا پھر حصہ شکیہ سے بنتا ہے۔

اس بات کا خیال ہے کہ اگرچہ کے مختلف حصص کی ساخت کے تعلقات کا تجزیہ زیادہ تر ان کے اعمال سے کیا جاتا ہے اور ان کی حقیقی حالتوں کو خصوصیت کے ساتھ ثابت دی جاتی ہے، مثلاً قویہ و ضعیفہ بن کا بعد نور و تاریکی یا ہوا و آتش اور غیرہ۔ یہ دو حصص متجانس طبقہ وسطی سے ملوین پاتے ہیں۔ یہ ایک دوسرے سے صرف تشریفی طور پر مختلف نہیں ہوتے بلکہ ایک دوسرے کے باعقاب و خزانہ مقدم اور پیچھے چلتے ہیں۔ حوالہ شیمی جبروت کے ذریعہ ملحدہ ہو جاتے ہیں۔ گو کہ جو خواہاں پہلے ایک ہی جبروت بناتی تھی وہ دو مدت پر یکیں ہوتی۔

سے ملتی رہتی ہے۔ یہ تو اس مقام پر جہاں جسم بدنی سب سے متصل ہوتا ہے اور دوسرے سے اس مقام پر جہاں عصب بصری داخل ہوتا ہے۔ اس کے بجائے آنکھ کے ذریعہ اور اندرونی طبقات یعنی شبکیہ و رت کے بڑھاؤ کے تعلقات مختلف ہوتے ہیں۔ آنکھ کا اندرونی طبقہ ثانی حویض سب سے حاصل ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ شبکیہ کا بالکل متعلق نہیں ہوتا۔ صرف حویض کی بیرونی سطح کے ساتھ یہ طبقہ متعلق رہتا ہے۔ اسی پرستہ بندہ شبکیہ کی تلویں حاصل ہوتی ہے۔ موزراندہ پرستہ جسم بدنی اور طبقہ شبکیہ کے اندر کی طرف رہتا ہے۔ مگر ان سے متعلق نہیں ہوتا۔ تاہم زندہ آنکھ میں شبکیہ سے شاذ بھی الگ ہو سکتا ہے۔ درجہ بدلی سے اس کی علیحدگی ممکن نہیں۔ اس سے زیادہ شبکیہ کی تلویں کا مضبوط تعلق عنبیہ کے ساتھ ہوتا ہے۔ کیوں کہ آبی تلویں پرستہ کے اندر مختلفات باسط حد قدہ و قابض حد قدہ کے الیاف موجود ہوتے ہیں۔ گویا کہ بیرونی و اندرونی طبقات جو اپنی حیثیت سے دو ملحقہ ٹشوائیں تھیں، انہوں نے تشریحی تعلقات کو بالکل زائل کر دیا کیوں کہ عنبیہ حیثیت سے ان کا آپس میں بالکل تعلق باقی نہیں رہا لیکن درمیانی و اندرونی طبقات کا عضوی لحاظ سے گہرا تعلق باقی رہتا ہے اگرچہ تلویں شبکیہ سے یہ دونوں مختلف الاصل ہوتے ہیں۔

اجفان اور آلات دمی۔ اجفان چپٹوں کے طریقہ پر پیدا ہوتی ہیں اور اوپر دینیچے بڑھتی رہتی ہیں یہاں تک کہ ان کے کنارے آپس میں مل جاتے ہیں۔ یہ اتصال ان کا صرف بشری اثر کے ذریعہ ہوتا ہے لیکن پیدائش کے وقت زائل ہو جاتا ہے۔ حقیقی بشہہ مجری نہیں گلی کی طرف اندکی طرف جاتا ہے اور اسی سے غدد دمی بنتا ہے۔ قنۃ دمی کی ابتدا ایک ایسی نالی سے ہوتی ہے جو ابتدائی زمانہ میں خاک اعلیٰ اور غلظت افقی کے بیڑنی افقی زوائد کے درمیان ہوتی ہے۔

پیدائش کے بعد آنکھ کی نشوونما مکمل نشوونما یافتہ آنکھ

پیدائش کے وقت آنکھ کا مقدمہ و موخر قطر ۵.۵ سے ۵.۷ ملی میٹر تک اور اس کا عمودی قطر ۵.۴ سے ۵.۶ ملی میٹر تک ہوتا ہے۔ مقدمہ کا منحنی و پارکرنے کے واسطے (کیوں کہ اپوٹی آنکھ میں شدید طول بصر ہوتا ہے) انعطافی واسطے۔ جوان یا مکمل نمو یافتہ آنکھ سے زیادہ فطرت کا کام انجام دیتے ہیں۔ یہ طاقت انعطافی عدسہ میں سب سے زیادہ ہوتی ہے یعنی اس عمر میں عدسہ زیادہ مقعر ہوتا ہے اور ہر تین شبکیہ میں تلویں بہت کم ہوتی ہے۔ زندگی کے ابتدائی پندرہ سالوں کی نشوونما بہت ہوتی ہے۔ اس کا عمودی قطر زیادہ جلد بڑھتا ہے۔ اس کے وجہ سے آنکھ تقریباً بیرونی شکل اختیار کرتی ہے۔

نامہ و پچی کا نیا ہونا۔ ۹۰۰ سال میں آنکھ کی سبھی نشوونما مکمل ہو جاتی ہے۔ جیسے جیسے آنکھ کا مقدمہ و موخر قطب بڑھتا

جاتا ہے ویسے دیکھیں کہ کلمہ مذکور ہوتا جاتا جو اور طبعی میں تو یوں رہتی باقی ہی۔ اسی لئے "بقیہ شیمیہ" و "غنیہ" دونوں کہتے ہیں کہ جو جنت ہیں، دونوں انہیں ایک دوسرے سے باعتبار پہلے کے زیادہ دور رہ جاتی ہیں۔ علیٰ ہذا افسوس ہمارے کے اندر کا جو فہم بھی بڑھ جاتا ہے، خصوصاً مقدمہ میں کچھ کے مدغمی کن سے ایک دوسرے سے بہت زیادہ دور ہو جاتے ہیں۔ جیسے جیسے آنکھیں ایک دوسرے سے دور جاتی جاتی ہیں ایک حد تک مت ہی ہوتی باقی ہیں۔ کیونکہ ایسی صورت میں عضلہ مستقیمہ و شیار پلست زیادہ کام کرتا ہے۔ اور عضلہ مستقیمہ انہی کا عمل باعتبار پہلے کے ضعیف ہو جاتا ہے۔

یہ لونی، لونی، اور واقعی تبدیلیاں جو نوک کے دوران میں پیدا ہوتی ہیں، آنکھ کے عضلہ انہی پر بہت اثر رکھتی ہیں۔ حد تمام عمر بڑھتا رہتا ہے۔ جو ان عمر کے افراد میں آنکھ کے مختلف، قطر کی پیمائش منسلک ہوتی ہے۔

مقدمہ و موخر قطر - - ۲۴/۳ ملی میٹر - - افقی قطر - - ۲۳/۱۰ ملی میٹر

عمودی قطر - - ۲۳/۳ ملی میٹر - - قرنیہ کی دبائت اس کی چوٹی پر ۰.۱۵ ملی میٹر

قرنیہ کی دبائت اس کے قاعدہ پر ۱.۱ ملی میٹر - - قرنیہ کا قطر (خزانہ) مقدمہ کا قطر ۱۱.۹ ملی میٹر

خزانہ مقدمہ کی گہرائی ۲/۳ ملی میٹر - - آنکھ کے سکون کی حالت میں سر کی دبائت ۳.۱ ملی میٹر

آنکھ کی طاقت توفیق کے عمل انطاف کے وقت عدسہ کی دبائت ۴/۲ ملی میٹر

آنکھ کے مقدمہ و موخر قطر کا طول، قصر بصر والی آنکھوں میں زیادہ ہوتا ہے اور طول بصر والی آنکھوں میں کم۔ اور آنکھ کا مرکز دور قرنیہ کی چوٹی سے ۱۵.۱ ملی میٹر پیچھے واقع ہوتا ہے۔

آنکھ کے وظائف عمومی

وسائل حفاظت خارجی ضربی حوادث سے آنکھ سامنے کی طرف اجفان (Lids) اور ملتحمہ (Conjunctiva) کے ذریعہ غایت میں رہتی ہے اور پڑیچے اور پھلکی طرف ہجر (Orbit) اور اس کے اندر کے شیمیہ جسم ہی مدت انجی رہتے ہیں، اجفان حفاظت کا کام دو طریق پر کرتے ہیں۔

(۱) پوری طرح آنکھ کو دھماکے گرائس کو تیز روشن اور اجسام غریبہ سے محفوظ رکھتے ہیں۔

(۲) جبکہ کی حرکت سے، اجفان مختلف اجسام غریبہ مثلاً گرد، غبار، برشیم وغیرہ کو آنکھ کے متعلقہ عین سے الگ کرتے ہیں۔

(۱) آنکھ کا جھپکنا۔

۱۔ آنکھ جھپکنی کرنا کرنا

آنکھ کے جھپکنے میں نکتہ امین جلد بند ہوتا ہے طرہ جان پوری دن ایک دوسرے سے نہیں ملتیں۔ تو جھپکانا تو رات دن
سبھی ممکن ہے مگر طبی حالت میں یہ ایک حرکت کا کسی Reflex action (باز بان حرکت) فنکشن کی شکل ہے یہ حرکت
آنکھ میں بیہوشی کی موجودگی مثلاً دھواں گرد وغبار وغیرہ سے زیادہ ہوتی ہے ذیل عصب جمعی خاص (Trigeminal
nerve) کی شاخوں سے انجام پاتا ہے۔ یہ آنکھ کا کسی عصب ہے۔ اسی لئے اس کو آنکھ کا چوکیدہ بھی کہتے ہیں۔ آنکھ جھپکنا مقصد یہ ہے کہ مقلد عین پر
فوز ذہنی کی ایک بجلی سی تہا ہے جو اس کو خشک نہ ہونے دے۔ در گرد وغبار کو بھی آنکھ پر سے دھو دے۔

یہ عمل عموماً ارادی ہوتا ہے جس میں بنان کے دونوں سرے ایک دوسرے سے پوری طرہ میں ملتے ہیں۔ آنکھ کا اس طرہ بند ہونا
دو ذراع کا ہوتا ہے۔ ایک سٹھ کی حالت میں جب کہ یہ نہایت سہولت سے انجام دے لیا جاتا ہے۔ دوسرے جب زور سے آنکھ بند کی جاتے
موزانہ صورت میں بنان کی جلد فتح امین کی طرف کھینچ کر چلی آتی ہے اور بنان کے نارڈن میں بشیرا بھرا ہوا پڑ جاتی ہیں۔

سونے کی حالت میں جب آنکھ بند ہوتی ہے تو مقلد عین بھی اوپر کو گھوم جاتا ہے یہ حالت ہم خود اس وقت محسوس کرتے ہیں جب بند
آ رہی ہو اور انہیں مجبوراً کان کے پاس بند ہو رہی ہوں تو مقلد عین بھی اوپر کو اٹھتا ہوا معلوم ہوتا ہے بچوں اور بڑوں میں جن کی
بنان کی جلد نہایت پتلی ہوتی ہے یہ کیفیت ہم سونے کی حالت میں دیکھ سکتے ہیں اور یہ معلوم ہوتا ہے کہ ان کی قرنیہ گویا جھن جلی کے
نیچے اوپر کی طرف کھوم کئی ہے۔ یہ حالت صاف طور پر ان مرنیوں میں معلوم ہوتی ہے جن کی قرنیہ بھاری کی وجہ سے باہر کی طرف تھیلی ہوت
سے نیا۔ ابھری ہوئی ہو مقلد عین کی اس حرکت سے ایک فائدہ یہ ہوتا ہے کہ انہیں لوگوں میں سوتے وقت آنکھ پوسے طور پر بند نہیں
ہوتی۔ اگر اس صورت میں قرنیہ کی حالت میں بھی رہتی تو اس کے خشک ہو جانے کا اندیشہ تھا پس اس حرکت سے گویا اس کا زیادہ بڑا
ہے اور صرف عدم انقباض عین Lag Ophthalmos کی نہایت خراب حالتوں قرنیہ کا پتلا حصہ عین ملی کے پوری طرح
بند نہ ہونے کی وجہ سے خشک ہو جاتا ہے۔ اور اس میں انتہائی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔

آنکھ جھپکنے کا عمل عضلہ محیطہ (Orbicularis) کے خارجی لیاف سے مل میں آتا ہے مگر آنکھ کے زور سے
بند کرنے میں اس عضلہ کے مجھری حصہ میں بھی انقباض پیدا ہوتا ہے۔

افرازہ جمعی اور اس کا اخراج۔ افرازہ جمعی تنفیزی حرکات کا نتیجہ ہوتا ہے اور یہ انکاسی فنکشن جو عصب جمعی خاص یا عصب

کی تحریک یہ زات سے بنام پتہ مشد آنکھوں سے پانی کا ناغہ یا قوی تحریک کے ماتحت رونام صرف انسان کا خاصہ ہے۔ دوسرے کسی حیوان میں نہیں ہوتا۔ انسان میں یہ صفت رطوبت کے پینے چند منبہات میں نہیں پائی جاتی۔

رطوبت دمی میں پندگیات پئے جاتے ہیں جن میں سے معمول تک خاصہ جس کی وجہ سے یہ رطوبت نکلیں ہوتی ہے۔ طبی حالات میں غده دمی صرف اس قدر رطوبت پیدا کرتا ہے جو آنکھوں میں سے، معلوم طور پر بخارات بن کر اڑ جاتی ہے۔ اس رطوبت کا نہایت نفعیت خنداں میں پہونچتی ہے۔ جب یہ رطوبت بہت بڑھ جائے تو اس صورت میں یہ ناک میں پہونچ جاتی ہے اور ہم ناک جہاں پر محبوبہ جہاں مقدعین کا ترہنا محض رطوبت دمی پر منحصر نہیں بلکہ ملتحمہ اور اس کے غدود کی رطوبت بھی اس میں مدد ہوتی ہے اسی لئے اگر غده دمی کو بالکل عمل جراثیم نکال دینا ہے۔ یا غده دمی کے فساد کی وجہ سے اس کی رطوبت مفتود ہو جائے تو بھی مقدعین شک نہیں ہوتا۔ رطوبت دمی کو ناک تک پہونچنے میں دو عمل برسر کار ہوتے ہیں۔

(۱) آنسوؤں کا کیس دمی میں داخل ہونا۔

(۲) کیس دمی سے نکل کر ناک میں پہونچنا۔

رطوبت دمی آنکھ جھپکنے کی وجہ سے نقاط دمی میں داخل ہو کر ”کیس دمی“ میں پہونچتی ہے۔ اور آنکھ کے اندر کوسے میں جو کھل میں گھوڑے کے نعل سے ملتا ہے (تجوین دمی) میں جمع ہوتی ہے۔ اس کے اندر نقاط دمی کھلتے ہیں۔ اب آنکھ جھپکنے پر عضلہ محیطہ (جن کے ایلیاں منقبض ہوتے ہیں۔ ایلیاں وتر جنی انسی Internal palpebral lagament سے نکلتے ہیں اور جب یہ منقبض ہوں تو اس وتر کو غم دمی سے علیحدہ کھینچتے ہیں

کیس دمی کی دیوار چوں کہ ”وتر دمی“ سے ملی جاتی ہے اس لئے یہ بھی اس کے ساتھ کھینچتی ہے۔ پس اس طرح کیس دمی اندر سے پھیل جاتا ہے۔ اس کے اندر کا حجم بڑھ جاتا ہے۔ اس حالت میں جس قدر رطوبت قناتہ دمی میں چلتی ہے وہ اندر آ جاتی ہے۔ اب آنکھ کے پھر کھلنے کیس دمی کی دیوار دیواریں اپنی اہلی حالت پر جب لوٹی ہیں تو رطوبت دمی کیس میں سے نکل کر قناتہ انفی کے ذریعہ ناک میں پہونچ جاتی ہے اور اس ایک کی وجہ سے کیس دمی پھیلنے کے بعد جب اس حالت پر آتی ہے تو رطوبت دمی کو ناک کی طرف تشکیل دیتی ہے۔ ان غیر طبی حالات میں جب کہ کیس دمی کی پمپ غائب ہو جاتی ہے۔ آنسوؤں کا ناک میں جانا رک جاتا ہے۔ خواہ اس حالت میں قناتہ انفی بالکل ٹھیک حالت میں کیوں نہ ہو۔ یہ سوال کہ رطوبت دمی کیس دمی کے سکڑنے کے وقت ”نکھ میں“ وہاں کیوں نہیں آتی؟ اس کی وجہ یہ ہے کہ قناتہ انفی قناتہ دمی سے بہت زیادہ ذرا ہوتی ہے۔ اس لئے یہ رطوبت قناتہ دمی میں واپس نہیں جاتی۔

آنکھ کے درمیانی واغذرونی طبقات کی حالت۔ بیرونی طرف سے شبکیہ، خنثی ٹیمپل کی حالت پر مشتمل ہو جاتا ہے۔
 جو ان کے چاروں طرف بطور حفاظت کے پیدا ہوتا ہے، اندرونی واغذرونی طبقات کی حالت پر مشتمل ہوتا ہے۔
 یہ دونوں طبقاتیں آنکھ کے اندرونی حصہ کو بالکل ہیراتی ہیں۔

عصبیہ اور قریہ کی مصلابت کی وجہ یہ ہوتا ہے کہ اس کی ساخت زیادہ تغیر پذیر ہے۔ اور یہی وجہ ہے کہ یہ دونوں درمیان
 میں بال کی صورت میں قائم ہوتے ہیں۔ اس کے ساتھ ہی ایک ریٹینا کی حالت میں ہوتے ہیں۔ ان کی حالت سے متاثر ہونے
 لپک بھی ہوتی ہے۔ عصبیہ اور قریہ کی سختی صرف دو مقام پر کم ہوتی ہے۔

(۱) اس مقام پر جہاں عصب مابعدہ آنکھ کے اندر داخل ہوتا ہے۔ اس پر جب عصب کی پٹ کی صورت میں پیدا ہوتا ہے
 جس میں نہایت کم اور کمزور ایف ہوتے ہیں اس کا نام بقعہ سفیدیہ (Lamina cribrosa) ہوتا ہے۔

(۲) اس مقام پر جہاں عصبیہ اور قریہ آپس میں ملتے ہیں۔ اس کے اندر اس وقت یہ مقام قریہ سفیدیہ (Camber of
 schlemm) کے نام سے جانا جاتا ہے۔ اور یہاں کی طرف پہلی سی آبی ہوتی ہے۔

اب اگر آنکھ کے اندر تو تر تریہ جائے تو سب سے پہلی جگہ جہاں اس کا ٹر تریہ ہوتا ہے وہ عصب۔ یہ وہ مقام ہے جہاں
 یہ آنکھ میں داخل ہوتا ہے جس کا نتیجہ مبنائی کا نہیں ہوتا ہے۔ عصبیہ کی ذریعہ (claustrum) میں ہوتا ہے۔

وہ مقام جہاں قریہ و عصبیہ آپس میں ملتے ہیں۔ عموماً غائبی غائبی ہو جاتی ہے۔ اس پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس سے متاثر ہونے
 شق ہو جاتا ہے۔ چوں کہ اس حصہ میں لپک بہت کم ہوتی ہے اس لئے یہ لپک آنکھ کا وتر تریہ کے ہوجوڑیں چاہئے۔ اس وقت ہم نے سے
 معذور ہوتی ہے۔ برصاں اس کے بچپن میں چوں کہ اس مقام کی لپک زیادہ ہوتی ہے۔ اس لئے اس میں یہ تمام تر تریہ کے
 زیادہ ہونے سے ابھر سکتا ہے۔ جوں جوں عمر بڑھتی ہے۔ قریہ و عصبیہ کے مقام اتصال کی لپک میں کمی آتی جاتی ہے۔ اس مقام پر
 لپک کی کمی تو تریہ کے کم ہونے پر ہی اپنا رنگ لاتی ہے۔ انسانی آنکھ اگر زیادہ لپک دار ہوتی تو مشہور عین کی حالت میں
 چاروں طرف سے یکساں کم ہوتا مگر انسانی آنکھ میں مشہور عین کی حالت میں قریہ اور عصبیہ دونوں کے درمیان مقام پر لپک پیدا ہوتی ہے۔
 غنٹا عنبی کی کیفیت عصبیہ وغیرہ سے مختلف ہے۔ عنبیہ بہت زیادہ لپک دار ہوتا ہے۔ کیوں کہ عنبیہ عین کے مشابہت باطل و
 قابضہ دونوں کے عمل کے واسطے لپک کا ہونا لازم ہے۔ جو اصلی القاب متعین ہیں۔ عنبیہ کے آزاد کنارے کا اتصال قریہ کے باہر کے
 سر سے کے نزدیک واقع ہوتا ہے اور ہم چاہتے کہ آپریشن کے ذریعہ اس کو کاٹ دیں۔ تاکہ یہ عنبیہ کا سر پچھرا آزاد ہو جائے۔

گو کہ ان طبقات کی انعطافی طاقت منتقل ہوتی ہو۔ مگر اس اختلاف میں بھی ایک تضاد ہوتا ہے۔ رطوبت زیادہ ورنہ یہ طبقات کی ساخت جلی کے مانند ہوتی ہو اور اس کے مذکورہ قسم کا بال یا نیچے بت میں لکھا جاتی تصاف و شفاف ہوتی ہیں۔

مذکورہ واسطوں میں اگر غیر شفاف اجزاء پر نظر ڈالی جائے تو قرنیہ مدسہ اور رطوبت زیادہ کے اندر یہی قسم کے واسطے ہوتے ہیں۔ جبکہ شبکیہ میں بھی کوئی غیر شفاف جسمی نیچے واسطے نہیں ہوتی۔ عروق دموی شبکیہ کے ذریعہ ہوتے ہیں۔ کمزوریت جی کہ انہیں بقعہ صفراوی (Yellow-Spot) میں جہاں دنیا کی بہت تیز ہوتی ہے۔ عروق دموی بالکل ہی نہیں پائے جاتے شبکیہ کے اعصاب پر چوں کہ یعنی غلاف نہیں ہوتا۔ لہذا وہ بالکل شفاف نظر آتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ ذر کی شجھوں کے رستہ میں نہ توئی رکاوٹ بھی نہیں پیدا ہوتی۔

جو اسباب شفاف واسطوں میں معمولی کمزوریت بھی پیدا کریں۔ یا ان کے ذریعہ عروق دموی وغیرہ پیدا کرنے میں مدد ہوں وہ آنکھ کے طبی وظائف میں خلل اڑا دیتے ہیں۔ چنانچہ قرنیہ کی عارضی حاجی کیفیت بہت زیادہ اندرونی دباؤ کی وجہ سے ہوتی ہے۔ کیوں کہ دباؤ کی وجہ سے قرنیہ کے طبقات کی انعطافی طاقت بدل جاتی ہے لہذا نور کی باقاعدہ رفتار میں فرق پڑتا ہے۔ یہ فرق بھی کہ دباؤ کی وجہ سے قرنیہ لہریہ دار ہو جاتا ہے۔ اس لئے نور کی شعاعیں اس کے اندر سے طبعی طور پر نہیں گزر سکتیں۔ پڑش کی وجہ سے یہ لہریہ دار ہو جاتا ہے مگر اس کے جسم میں شفافیت ہے۔ صرف انعطافی طاقت میں فرق پڑتا ہے۔ مدسہ طبعیہ کے طبقات کی بھی انعطافی طاقت مختلف وجہ سے بدل جاتی ہے یہ حالت مدسہ کے شفاف الیاف کے درمیان درزوں کے وقوع یا ان کی کی صورت میں خاص طور پر پیدا ہو جاتی ہے۔ انہی کے اندر مختلف تبدیلیاں رونما ہونے کی وجہ سے شفافیت عموماً معدوم ہوتی ہے۔ یہاں تک کہ اگر رطوبت مائی قرنیہ یا مدسہ طبعیہ میں جذب ہو جائے تو ان کے طبقات پھول جاتے ہیں اور یہ ساختیں غیر شفاف ہو جاتی ہیں۔ اگر قرنیہ کے بشرہ مقدم میں کسی قرحہ یا شگاف کی وجہ سے تفرق اتصال واقع ہو۔ تو اس مقام پر قرنیہ پھول کر غیر شفاف ہو جائے گا۔ وہی رطوبت کے انجذاب سے بھی یہی حالت پیدا ہو سکتی ہے۔ زرق المار (Glaucoma) میں بھی قرنیہ کا شفاف نہ رہنا اسی امر پر منحصر ہے یعنی مختلف غلیات بشری میں چھوٹے چھوٹے خوردبینی قطرات پیدا ہو جاتے ہیں اگر قرنیہ کے پچھلی طرف بشرہ باطنہ (Endothelium) کا اتصال ٹوٹ جائے یا غلاف مدسی کے بشرہ کو کوئی عہدہ پنچ جائے جیسا کہ آپریشن میں ہوتا ہے تو اس کی وجہ سے خزانہ مقدم کی رطوبت مائیہ قرنیہ یا مدسہ کی نیچوں میں جذب ہو کر ان کو پھلا دیتی ہے اور غیر شفاف کر دیتی ہے۔

عدسہ جلید یہ کئی شکل عضلہ بدبیر (Ciliary muscles) کے تقاضے سے بال باقی جن میں عضلہ بدبیر کی نسبت
ساتھ اس کے اتار ڈھیلے پڑتے ہیں جس کی وجہ سے عدسہ جلید زیادہ خوب ہو جاتا ہے۔

فلکسار (Photographic camera) کے ساتھ آنکھ کی شبیہ بہت ہی مناسب ہے۔ عدسہ عکس کی صفت ہے
کہ اس کی دیواریں بالکل غیر شفاف ہوں اور ان کی کسی طرف سے روشنی داخل نہ ہو سکے۔ سائے کی جانب میں ایک عدسہ ہو
جس کے ساتھ ایک ایسا سوڑن ہو جو تھوڑا بڑا ہو سکے جس کے ذریعہ عکس کے اندر نور کی داخل ہونے کی مقدار کو بڑھایا یا گھٹایا
اس میں یہ بھی منتظر ہو کہ دو نزدیک شئیوں کی تصویر (Image) ایک ہی جگہ پر پڑے۔

چشم انسانی میں یہ سب وصاف پائے جاتے ہیں۔ چنانچہ چاروں طرف شبیہ کے رنگ دار ہونے کی وجہ سے روشنی بکالہ
آنکھ کے اندر ہونے کے کسی اور طرف سے ممکن نہیں بلکہ شبیہ ایک ایسا پردہ ہے جس کا اوریٹھائی سوڑن تقاضا ہو اور
کے اندر داخل ہونے والی نور کی شعاعوں کو کم و بیش کرتا ہے۔ ایک ہی مقدار میں شبیہ بیکہ پیشہ بینہ نے کے لئے عضلہ بدبیر کے ذریعہ
اس خدمت کو عدسہ جلید یہ انجام دیتا ہے۔ مگر تمام چیزوں سے سب سے کسی ایک کی ترابی آنکھ کے بلعی کی طرف داخل ہوتی ہے چنانچہ قرنیہ
اور عدسہ جلید کے تھیمب دیار کی کمی یا زیادتی میں فرق پیدا کر دیتی ہے جس کو ہم انعطافی تغیرات سے تعبیر کرتے ہیں۔ درج
کے لئے عینک کی ضرورت لاحق ہوتی ہے۔

قرنیہ کی بوست مینائی کو خراب کر دیتی ہے طریق عینی میں رنگین مادہ کی کمی یا حدت عین کا زیادہ کھلا رہنا چکا چونکہ پیدا
کرتا ہے۔ ہڈی عضلات کا استرخا آنکھ کو نزدیک کی اشیاء کے دیکھنے کے ناقابل بنا دیتا ہے جس کی تلافی ہم مصنوعی عدسہ یا عینک
کے ذریعہ کرتے ہیں۔

آنکھ کا تغذیہ (Uveal tract) میں عروق دموی بکثرت ہوتے ہیں۔ جگہ یوں کہنا چاہیے کہ طریق
عینی و شبیہ کلیہ عروق دموی پشتی ہے مگر طبقہ صلبیہ میں عروق بہت کم تاہم اس کی نشوونما کے لئے کافی
ہوتے ہیں قرنیہ جلید یہ وز جابجیہ میں بالکل نہیں ہوتے۔ لہذا ان کا تغذیہ ملحقہ شبیوں کو ہوتا ہے۔ قرنیہ کی نشوونما کے لئے غذائی مواد
ان عروق سے حاصل ہوتے ہیں جو صلبیہ اور قرنیہ کے طے اتصال پر پائے جاتے ہیں اور ان میں *Anterior ciliary arteries* بتیغہ
سے بھی حاصل کیے ہیں جو صلبیہ میں گزرتے ہوئے اس کو اپنی شاخیں دیتی ہیں۔ قرنیہ میں انجہ کی تھیل اس قدر ضعیف ہوتی ہے کہ اگر اس کے
بیشی جتنے عروق کو کوکوتہ حدید (Actual cautry) سے تباہ بھی کر دیا جائے تو غائر نار (Gangrene) نمودار

نور کے لئے کافی ہیں۔

معدہ صلبیدہ و زجاجیہ کا تہذیبہ کلیتہً مشیمیہ پر موقوف ہے۔ قرنیہ صلبیہ معدہ صلبیدہ اور زجاجیہ میں عروق کی کمی یا بکلی عدم ان کی وجہ سے ان کے لئے بہت تھوڑی غذا درکار ہوتی ہے۔ اس کے علاوہ ان میں تحلیل بہت خفیف عمل میں آتی ہے۔ کیونکہ ان کا ہی وظیفہ منہ یا جو کہ یہ شفاف ہیں۔ اور ان کی صلاحیت قائم ہے۔ اسی لئے ان میں انسجہ کی شکست و رخت تقریباً معدوم ہوتی۔ اندان کی تحلیل ہی بڑے نام ہوگی۔ انطانی واسطوں کے لئے ضروری ہو کہ ان کی شفافیت قائم ہے۔ یہی وجہ ہے کہ عروق ان کے اندر معدوم ہوتے ہیں۔ بصری لوازم میں سے یہ بھی ہے کہ طبقہ شبکیہ شفاف ہو۔ اسی وجہ سے اس کے اندر عروق بہت کم ہوتے ہیں۔ گراہہ کے لئے تہذیبہ کے لئے سب زیادہ مواد غذائی کی ضرورت ہوتی ہے جس کی خانہ پوری محض اس کے اندر کے عروق نہیں کر سکتے۔ لہذا طبقہ شبکیہ کے عروق اس کمی کو پورا کرتے ہیں۔ شبکیہ کے عروق اس کے اندر دنی طبقات میں ہوتے ہیں۔ اور شبکیہ کے عروق شعری عابہ۔ مورتین شبکیہ کے باہر کی طرف پائے جاتے ہیں۔ گویا اس طرح شبکیہ کے اندر دنی طبقات اپنے اندر کے عروق سے اور بیرونی طبقات اپنے شعری عروق سے تہذیبہ حاصل کرتے ہیں۔ مگر یہ دونوں نظام علیحدہ علیحدہ اس قابل نہیں کہ انفرادی طور پر کسی ایک سے شبکیہ کا تہذیبہ ہو سکے۔ اس لئے دونوں کو مجموعی حیثیت سے کام کرنا پڑتا ہے۔ ان ہر دو نظام کے مرضی عوارض کا اثر شبکیہ پر پڑتا ہے۔ چونکہ شبکیہ کے عروق مختلفہ (Enormous) کہلاتے ہیں۔ یعنی ان کا اتصال تو کسی دوسری شریان سے ہوتا ہے اور نہ آپس میں۔ اندان میں مقدار کسی قسم کے دوران خون کی خرابی کی صلاح کسی دوسرے طریق پر نامکن ہے۔ یہی وجہ ہے کہ یہاں اگر کسی وجہ سے ایک شریان بند ہو تو اس کے تعلقہ شبکیہ کا تہذیبہ بند ہو کر اس مقام پر شبکیہ کے طبعی وظیفہ میں خلل واقع ہو جاتا ہے۔ بدلی شریان سے بھی چون کہ شبکیہ کے شریان کا کوئی تو اصل نہیں۔ لہذا یہ بھی شبکیہ کے دوران خون میں کوئی مدد نہیں کر سکتیں۔ ان مشکلات اور پیچیدگیوں کی حالت کی سبب شبکیہ خود بخود ہر لحاظ سے محفوظ ہونے کے امراض کا جلد شکار ہو جاتا ہے۔ اس کے برعکس مشیمیہ میں عروق دھل میں قدامت کے ساتھ ساتھ ان کے مقابلہ کر سکتا ہے۔ جن کا تعلق دوران خون کی خرابیوں سے ہو۔ اسی لئے عروق اندر تہذیبہ انسانی حالت میں شبکیہ کے اندر نہایت خطرناک نتائج رونما ہوتے ہیں۔ اور شبکیہ ان سے محفوظ رہتا ہے۔ وریڈی نفا میں کسی بھی دیکھا گیا ہے کہ وریڈی (Venae varicose) میں طبقہ مشیمیہ کے اندر اگر دوران خون میں کوئی رکاوٹ یا تشویش ہو تو وریڈی میں تشویش کی بکثرت ہوتی ہے۔ وریڈی میں تشویش کے دوران خون میں جو کمزوری ہے وہ اس کے اور ذرا

نکدہ ہونے کے بعد وہ اس سے اندر جان بعد پید ہو جاتی ہیں۔ اس کی وجہ یہی ہے کہ قرنیہ عروق سے خالی ہے۔ اس کے ذمہ نہایت زیادہ رطوبت ہوتی ہے۔ اس میں رطوبت بہت زیادہ ہوتی ہے۔ کیونکہ ان چیزوں کے امتیصال کا اس میں مقول انتظام ہے۔ عروق کی مدد سے عروق کی وجہ سے قرنیہ کی رطوبت بھی کم ہوتی ہے۔ حرارت کے کم ہونے کی دوسری وجہ یہ بھی ہے کہ قرنیہ اس سے رطوبت بھی بجز رت بن کر رتی زہتی ہے۔ جس کی وجہ سے زیادہ گرمی ضائع ہو جاتی ہے۔ لیکن جلدی سطح میں معاملہ اس کے برعکس ہے۔ کیونکہ شوری ہوا کے ہونے سے وہاں کی ضائع شدہ گرمی اس سے پھر حاصل ہو جاتی ہے مگر قرنیہ میں عروق ہونے کی وجہ سے یہ کمی پوری نہیں ہو سکتی۔ اس وجہ سے کھلی ہوئی آنکھ کی قرنیہ میں حرارت صرف ۳۰ درجہ سنٹی گریڈ ہوتی ہے۔ جو قرنیہ کی ساخت خاص طور پر بنی نہیں ہوتی۔ اس سے حرارت کی کمی کا اثر خزانہ مقدم پر بھی ہوتا ہے اور یہاں کی حرارت ۳۲ سنٹی گریڈ ہوتی ہے۔ زجاجیہ کے اندر بہت درجہ حرارت ۳۵-۳۶ سس تک ہوتا ہے۔ اگر آنکھ کو بند کر لیا جائے تو بخارات کی تصفید کرتا ہے۔ اور بھان گرمی کے خزان کو روکتی ہیں۔ اس وقت آنکھ کے اندر درجہ حرارت ۳۵-۳۶ سنٹی گریڈ ہو جاتا ہے۔ کبھی اس گرمی کی کمی کی وجہ سے فطری اجسام (Kung) اس میں پیدا ہونا شروع ہو جاتے ہیں جن کی نشوونما دوسری جگہ حرارت کی کمی کی وجہ سے نہیں ہوتی۔ یہ فطری اجسام التهاب قرنیہ بھی پیدا کر سکتے ہیں۔

قرنیہ وعدسہ جلیدیہ کا تغذیہ | قرنیہ وعدسہ کے ملحقہ عروق سے جب سیال رطوبت چپن کر تغذیہ کے لئے باہر آتی ہے تو ان سیال کی نسبت غلیظی میں چونچ جاتے ہیں۔ مگر رطوبت مائی کے اندر ان اجزاء کی مقدار بہت کم ہونے کی وجہ سے قرنیہ کے تغذیہ میں اس سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔ اس کے برعکس عدسہ اپنی غذا رطوبت مائی سے خاص طور پر اور رطوبت زجاجیہ سے کسی قدر کم حاصل کرتا ہے۔ کیونکہ ان دونوں رطوبتوں کے مقبول اجزاء غلاف عدسی کے ذریعہ مذب ہو کر اس کے اندر پہنچ جاتے ہیں۔

عدسہ جلیدیہ کے اندر کسی قسم کی اخلاقی قنہ بالکل نہیں پائی جاتی۔

جو اجزاء رطوبت مائی میں محسوس ہوتے ہیں قرنیہ کے اندر جذب ہو جاتے ہیں۔ مگر خود رطوبت مائی اس کے اندر نفوذ نہیں کر پاتا۔ مگر ان کا خیال تھا کہ رطوبت مائی چپن کر قرنیہ کے اندر داخل ہوتی ہے۔ مگر بعد کی تحقیقات سے ثابت ہوا کہ یہ خیال غلط ہے۔ کیونکہ شبہ ہالڈ کے غلیظت جن پر قرنیہ کا موثر جذبہ شش ہے اس عمل کو روکتے ہیں اگر اس غلافی بشرہ کو مصنوعی طور پر الگ کر دیا تو قرنیہ کے اندر رطوبت مائی داخل ہونے کی وجہ سے فوراً سحابی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہی کیفیت ان مرضی حالات میں بھی ہوتی ہے۔

جن میں کسی جگہ ہشہ و ہلکے دھن ہو جائے اس کو کوئی حد نہ چوڑی ہاں سے غلاف عدسی کے طبعیت ہی یہی غرضت نہ ملتی ہیں ان
حد سے کے اندر رطوبت ہی کو داخل ہونے سے روکتے ہیں۔

اپنی مخصوص جذبائی کیفیت کی وجہ سے رطوبت مانی میں مل شدہ جزو قریہ کے اندر جذب ہوتے ہیں ہی طبع رطوبت ذی میں
جو اجزاء مل شدہ مول و دہی قریہ سے گذر کر رطوبت مانی تک پہنچتے ہیں مصنوعی جو یہ اس عمل انجذاب سے جی ۱ خصوصاً
ان دو یہ کے ذریعہ جو مہنیہ پائیدہ علی یا تقبضی اثر رکھتی ہیں جاذب کا مہیتے ہیں۔ اگر انکے میں ایک فی صدی یثروہین محمول کہیں گے
تو ان کا یہ قسم قدیمین پس جاتا جس سے ثابت ہوتا جو کہ محمول رطوبت ذی کے ذریعہ قریہ کے پرتوں میں سے گذر کر خزانہ مقدم میں پہنچ گیا
اگر قریہ کے مقدم پرتوں میں کوئی جراثیمی عدوی موجود ہو تو اس کے مخوش جزا یقیناً خزانہ مقدم میں نفوذ کر جائیں گے اور وہیں
پہنچ کر مہنیہ پائیدہ پھر نش پیدا کریں گے جس سے مہنیہ میں اتقانی اور لہتائی کیفیت پیدا ہو سکتی ہے۔ چنانچہ یہ کیفیت استہاب قریہ میں
نیشہ کے طور پر اس کے ساتھ ساتھ پیدا ہوتی ہے۔

زوائد ہر یہ سے رطوبت مانی شریک ہوتی ہے جس سے حدسہ جلیدیہ و قریہ کو کم و زیادہ کوئی
طریق مہنیہ و شیمی کا فعل غذا پہنچتی ہے۔ ان کا کچلا حصہ زجاجیہ کو غذا پہنچاتا ہے جبکہ کسی حد تک ان سے غذا پاتا ہر کوئی
مسلسل کام کرنے کی وجہ سے شبکیہ میں تحلیل زیادہ ہوتی ہے۔ سی لے مہنیہ کے ذمہ اس کے موخر پرتوں کا تغذیہ ہے مہنیہ میں اس
غرض کے لئے خاص عروق نظام ہے۔ برے عروق کی دیواروں میں چوں کہ غذا باہر نہیں جاسکتی۔ اس لئے مہنیہ کے اندر برے
حقوق اس حصہ میں ہوتے ہیں جو شبکیہ سے دور ہوتا ہے مگر اس کے خلاصہ شریکوں میں ایک یا دو کی صورت میں شبکیہ سے باہر ملحق ہوتا ہے
آنکھ کے لغاوی دوران کے ضمن میں آنکھ کے اندر غذائی اجزاء کے داخل اور اس سے خارج ہونے کے
لغادسی دوران متعلق بحث کرنا نہایت ضروری ہے۔

آنکھ کے اندر سیال رطوبات تقریباً بکلیہ ”طریق مہنیہ و شیمی“ کے ذریعہ داخل ہوتی ہیں۔ اور تمام انسجہ میں ان رطوبات کی
موجودگی کے علاوہ ان کا بڑا خزانہ رطوبت مانی کی صورت میں خزانہ مقدم و موخر کے اندر موجود رہتا ہے۔ اس مانی رطوبت کو ان
گہنا غلطی ہے۔ کیوں کہ اس کے اندر لطف کے مقابلہ میں اجزاء زلالی اور نکلیات کی مقدار بہت کم ہوتی ہے۔ علاوہ ازیں آنکھ سے باہر
ملنے پر یہ رطوبت لطف کے مانند مہجہ بھی نہیں ہوتی۔ صرف مرضی حالات میں جب کہ اس کے اندر ”مہنیہ“ کی مقدار بہت زیادہ ہوتی
ہے یہ مہجہ ہو جایا کرتی ہے اور اس صورت میں زندہ آنکھ کے اندر بھی اس کا انجماد ممکن ہے۔ اس رطوبت کے تشعشع میں ”لمتہ غلبہ“ اور

رومہ ہر بعد لیتے ہیں۔ صرف عنبیہ اس کا غلیظ ذمہ داری نہیں جس کا ثبوت اس امر سے بھی ملتا ہے کہ جب ضرر یا نینبی حواور کے بات "عنبیہ" غائب ہو تو ہی "خزانہ" متروک ہو۔ اس رطوبت سے پرستے ہیں اور خزانہ مقدم کی کھالی اپنی لمبی حالت پر قائم رہتی ہے قطع نظر اس کے اور خزانہ مقدم سے اس رطوبت کو نکال دیا جائے تو اس کی جگہ دوسری نئی رطوبت بعد سے ملتی ہے۔
 مذکورہ بالا باتوں سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ عنبیہ کو اس رطوبت کے ترشح سے کوئی تعلق نہیں ہو گا کہ اس کا ثبوت ہم نیز پہونچا سکیں کہ عنبیہ کو اس رطوبت کے ترشح میں دخل ہے۔ لیکن اس میں کوئی شک و شبہ نہیں ہے کہ اس کی مقدم سطح سے کچھ نہ کچھ لے۔
 ضرور ترشح ہوتی ہے۔

باوجود اس امر کے کہ ماہرین اس بارے میں متفق الرائے ہیں کہ آنکھ کے اندر سیاں رطوبت کا ترشح "طریق ہر بنی دینی" سے ہے۔ لیکن پھر بھی طریق ترشح کے متعلق یہ مختلف الرائے ہیں۔ چنانچہ ان میں سے بعض کا خیال ہے کہ ہر بنی بشرہ اس فرض کو انجام دیتا۔ و بعض کی رائے ہے کہ نہیں یہ صرف "بسیط ترشح" ہے۔ یعنی صرف سیاں رطوبت ان سے چھن کر باہر خارج ہوتی ہو۔ ایک گروہ ماہر اس بارے میں ہے جو مذکورہ بالا دونوں عمل کو اس ترشح کا ذمہ داری سمجھتا ہے۔

ماہر "پرسٹس" "عنبیہ" کا خیال ہے کہ مائی رطوبت کا ترشح زوائد ہر بعد سے ہوتا ہے اور زجاجیہ کی رطوبت کا *orboculus* (ciliaris) عضلہ محیط عنبیہ سے۔

جو رطوبت مائی "عنبیہ" سے حاصل ہوتی ہے وہ آنکھ سے باہر باطلشلی عنبی *membrana pectinata* کے ذریعہ خارج ہوتی ہے۔ مگر جسم ہر بنی سے اس رطوبت کا جو حصہ حاصل ہوتا ہے وہ باواسطہ نہیں خارج ہوتا۔ کیوں کہ "حدود عنبیہ" میں سے نہ رکنہ نہ "مقدم" میں اس کا داخل ہونا ضروری ہو گا۔ خزانہ مقدم کے راویہ سے خارج ہو سکے۔ یہی وجہ ہے کہ "عنبیہ" کی وجہ سے "مقدم" میں "مسدود" غائب ہو جاتا ہے۔ اور عنبیہ کی "موز" مدد سے کسی حد تک ملحق ہو جاتی ہے تو "خزانہ" کے درمیان تعلق قائم رکھنے والا رستہ ہی مسدود ہو جاتا ہے اور خزانہ موز والی رطوبت کے دباؤ سے "طبقہ عنبیہ" خزانہ مقدم سے اجڑا جاتا ہے۔ اور خزانہ مقدم کی کھالی کہ ہو جاتی ہے۔ مگر ان تمام باتوں کے باوجود خزانہ مقدم کی رطوبت کے باہر خارج ہونے سے اس وقت تک بند نہیں ہوتا جب تک کہ عنبیہ کا بیرونی کنارہ آگے کو بڑھ کر قریہ تک نہ پہونچ جائے۔ موز الخ ذکر صورت "موز" مائی عنبیہ بالکل بند ہو جاتا ہے۔ یہی لئے آنکھ سے باہر رطوبت کا اخراج ناممکن ہو جاتا ہے۔ مگر چوں کہ عنبیہ کی مقدم سطح کے "عنبیہ" سے رطوبت مائی کا ترشح زیادہ ہوتا ہے اس سے اس سلسلہ کو قائم رکھنے کے لئے ضروری ہے کہ خزانہ موز کی رطوبت

مدت عین میں سے گذر کر ان خزانہ مقدم میں پہنچتی ہے اور باقی مشعلی عینی کے ذریعہ باقی بکاتی ہی ہے۔ یہ عمل مدت اور مدت سے رہ سکتا ہے۔

۱۔ "زائد بہر سے اس رطوبت کا ترشح مسلسل ہوتا ہے۔ در یہ رطوبت مدت عین میں سے گذر کر خزانہ مقدم میں داخل ہوتی ہے۔

۲۔ خزانہ مؤخر سے خزانہ مقدم میں اس رطوبت کی آمد کا سلسلہ لگاتار جاری رہتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ خزانہ مقدم کی رطوبت دباؤ زیادہ مضبوطی سے مدت کے تناؤ سے صرف کبھی کبھی طبع غلبہ خزانہ مؤخر کی رطوبت کے زیادہ ہو جانے کی وجہ سے بہت کم رہتی ہے۔ مقدم میں جانے کا راستہ دیتا ہے اور ایسا صرف اسی وقت ہو سکتا ہے جب کہ خزانہ مؤخر کی رطوبت کا دباؤ خزانہ مقدم کی رطوبت کے دباؤ سے زیادہ ہو جائے۔ خواہ یہ دباؤ خزانہ مقدم کی رطوبت باہر خارج ہو جانے سے بہرہ مند ہو۔ خواہ خزانہ مؤخر کی رطوبت کی مقدار زیادہ ہو جانے سے بڑھے۔ مذکورہ دونوں حالتیں اس میں مدد ہوتی ہیں۔

رطوبت مائی میں ان اجزاء کی قلت کی وجہ یہ ہے کہ عروق دموی کی دیواروں میں سے سائل دموی کے گذرنے میں کچھ تو ان عروق کی دیواروں میں ان اجزاء کو روک لیتی ہیں اور کچھ جسم ہڈی کے بشری حیات خصوص طور پر ای کام کو انجام دیتے ہیں۔ یہ بات ہے کہ ان اجزاء کے ساتھ جسم میں قدرتی محافظہ اجزاء جو کہ مرض کی حالت میں بڑھ جاتے ہیں وہ اس رطوبت کے ساتھ شامل ہو کر ان کے اندر داخل نہیں ہوتے۔ رطوبت مائی میں ان اجزاء کی کمی قرینہ میں جراثیمی تہی کا امکان بڑھ جاتی ہے جو مگر التهابی خراش اور عروق کے تضاد کی وجہ سے اس رطوبت میں صرف زالی اجزاء اور لیٹین ہی نہیں بڑھتی بلکہ محافظہ اجزاء کی بھی کافی مقدار بڑھ جاتی ہے۔ یہی مذکورہ طریقہ پر التهاب کی وجہ سے اس رطوبت کے ترشح میں خاص تغیر پیدا ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے منفی اثرات رفع ہو جاتے۔ رطوبت مائی کی ترشح مقدار کے متعلق زمانہ سابقہ میں مبالغہ سے کام لیا جاتا تھا جس کی وجہ یہ تھی کہ آنکھ میں سے اس کو خارج کرنے کے بعد خزانہ مقدم دوبارہ بھر جاتا ہے مگر اب تجربات سے معلوم ہو چکا ہے کہ ایک مرتبہ خزانہ مقدم کو خالی کرنے کے بعد دوبارہ دوبارہ بھر جاتا ہے تو اس کے اندر رطوبت مائی میں طبعی حالت سے مختلف اجزاء پائے جاتے ہیں یعنی اس وقت اس میں لیٹین اور زالی اجزاء کی مقدار زیادہ ہوتی ہے۔

عمل متعقب قرینہ سے تو ترعینی بہت کم ہو جاتا ہے اور عروق کے اندر خون پہلے سے زائد مقدار میں آ جاتا ہے۔ کیوں کہ دباؤ کم ہونے کی وجہ سے عروق مضبوط ہو جاتے ہیں اور ایسی صورت میں ان عروق سے جو رطوبت خارج ہوتی ہے اس کے اندر لیٹین اور

اس کا علاج یہ ہے کہ اس کی وجہ سے زردی ہو جانے کے اوپر پائشی خلیات ثبور کی صورت میں نکال دیے جائیں۔ یہ دوا اس کے دھونے سے رطوبت کا ترشح بڑھ جاتا ہے۔

مذکورہ بالا عمل کے بعد ہی فہ اجڑ بھی اس رطوبت میں شامل ہو کر خارج ہونے لگتے ہیں۔ دوسرے الفاظ میں اس کا علاج یہ ہو کہ اس عمل کے بعد قرنیہ کا تھذیبہ ہو جائے کہ علاوہ ان محافظ اجزاء سے مرض میں بھی فائدہ پہنچتا ہے۔ گویا کہ مصنوعی طریقہ ہم تو ترکو کم کر کے ترشح کے حالات میں تبدیلی پیدا کر دیتے ہیں۔ مگر اس عمل کی انجام دہی کے بعد یہی رطوبت مانی کے ترشح کے متعلق کوا نتیجہ نہ کرنا ایک منطقی ہوگی۔ کیوں کہ طبعی عادت میں اس رطوبت کا ترشح بہت آہستہ آہستہ ہوتا ہے۔

”ماہر لیبیر“ (Leber) کی تحقیقات کے مطابق رطوبت مانی خزانہ مقدم سے کلیتہً خارج کر دینے کے بعد وہ منت میں از سر نو جبرجائی ہے۔

۱۱۔ سرسہ بہرین کا خیال ہے کہ اس کا اخراج نہایت سست ہوتا ہے چنانچہ بعض کا یہ بھی خیال ہے کہ یہ اخراج اس قدر سست ہوتا ہے کہ نہ ہونے کے برابر ہے۔

رطوبت منفاوی کا اخراج۔ ظاہر ہے کہ آنکھ سے رطوبت کا اخراج اسی قدر ہونا چاہئے جس قدر کہ وہ آنکھ میں مترشح ہو۔ تاکہ تو قرنیہ ایک ہی حالت پر قائم رہ سکے۔ اخراج کے راستے کے متعلق پہلے یہ ذہن نشین کر لینا چاہئے کہ آنکھ اور مجہر دونوں کے منفاوی عروق نہیں ہوتے۔ آنکھ کے اندر صرف طعمرہ ایک ایسی سیج ہے جس میں منفاوی عروق پائے جاتے ہیں۔ لہذا اس رطوبت کا اخراج صرف منفاوی تجاولین کے ذریعہ عمل میں آسکتا ہے۔ آنکھ کی منفاوی تجاولین کے متعلق ہم کو تشریحی حیثیت سے معلومات حاصل ہو چکی ہیں یعنی یہ وہ تجاولین ہیں جو بشرہ باطن سے پوشیدہ ہوتی ہیں۔ لیکن یہ بات تمام ان ذنبہ کی تجاولین میں نہیں پائی جاتی جن کے اندر منفاوی رطوبت ہوتی ہے۔

مذکورہ باتوں سے قطع نظر کرتے ہوئے آنکھ کے انبجوں کی منفاوی اجزاء اور رنگین مواد کی تلیق سے بھی کسی حد تک ہم اس کو بچنے کی کوشش کرتے ہیں۔

تلاخزانہ مقدم میں اگر ”پرشین بلو“ (Prussian Blue) کا محلول تلیق کر دیا جائے تو تلیق کے تھوڑی دیر بعد کو یہ رنگ بالکل غائب ہو جاتا ہے۔ اور اس سے زردی ہونا اور وہ بہت کم پہنچتا ہے۔
 منفاوی تجاولین (درائے آنکھ کی منفاوی نالیوں) دو قسم میں منقسم ہیں (۱) مقدم (۲) موخر۔

منذوی موخرانیوں راستے۔۔۔ جوٹ میں شیمی (Porch on space) یعنی وہ جوٹ جو شیمہ اور صلبہ کے درمیان ہوتا ہے یہ جوٹ میں حرات کے گزرنے کو چھوڑتا ہے جو کہ صلبہ کے ذریعے بہا کو جاتے ہیں یعنی مذکورہ طریقہ پر یہ حالات تین (Tension space) سے منسوب ہوتا ہے۔ یہاں سے اندازہ لگایا جاتا ہے کہ یہ جوٹ بھی منسلک نہیں ہوتا ہے جو صلبہ باصرہ کے ساتھ پائی بات میں (۳) بارائی منسلک جوٹ (supra vaginal space) یہ جوٹ صلبہ باصرہ کے حالات کے اندر واقع ہوتا ہے۔ بعض باہرین تینان کے جوٹ کو منذوی جوٹ نہیں سمجھتے۔

اور بعض مذکورہ رستوں کے علاوہ مقدم منہ چشم میں ایک منذوی جوٹ اور بھی بتاتے ہیں جس کی تطبیق زجاجیہ کی مرکزی قنۃ سے ہوتی ہے اور جس کے اندر جنینی حالت میں شرین (hyaloid) ہوتی ہے۔ مرنی حالات سے معلوم ہوتا ہے کہ اس قسم کی قنۃ ایک آنکھ میں ہوتی ہے جو زجاجیہ میں سے گزر کر عصب بصری کی قرص تک پہنچتی ہے۔ کیوں کہ آنکھ کے مقدم حصہ کے انتہا میں ہی قرص بصری ملتے ہوئے ہے۔ اور اس کے باوجود اس امر کا امکان ہوتا ہے کہ آنکھ کا موخر منہ بالکل باؤٹ نہ ہو۔ لہذا اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ موخر منہ کے اندر سے ہو کر قرص بصری تک پہنچتے ہیں۔

برہاں ہم یہ کہہ سکتے ہیں کہ موخر منذوی رستوں سے منہ کی بہت خفیف مقدار آنکھ سے باہر خارج ہوتی ہے۔ رہا یہ امر کہ اس راستے کے بند ہونے کے نتائج کیا ہوتے ہیں اس کے متعلق اب تک ہم کو صحیح معلومات نہیں۔ لہذا اس کے متعلق یقینی طور پر ہم کہہ نہیں کر سکتے۔

”توتر عینی“

Intra ocular pressure

آنکھ کے مختلف حصص کا تناؤ یا دباؤ | توڑ مینی کا اگر تعلق آنکھ کے اندرونی مفاوی دو ان کے ساتھ ہے۔ آنکھ کے اندر کی ہر جگہ توازن یعنی خزانہ مقدم، خزانہ موخر اور زجاجیہ کا توڑ یکساں ہوتا ہے۔

ماہرین بیانات سے ظاہر ہوتا ہے کہ خزانہ موخر کا دباؤ یا توڑ خزانہ مقدم کے دباؤ سے کسی قدر زیادہ ہونا چاہیے۔ تاکہ خزانہ مقدم میں مفاوی رطوبت یا رطوبت دہی کے اخراج کا سلسلہ جاری رہے۔ واقعہ بھی ایسا ہی ہے لیکن ان دونوں کے توڑ میں بہت خفیف و بڑھوں فرق ہوتا ہے۔

ان دونوں تجاویف اور زجاجیہ کے تو ترسائی کی زیادتی ممکن ہے کیوں کہ عدد اور س کی زیادہ کو ایک ہی دیکھا دیتے ہیں تاکہ ترس اور ہونے سے خود یہ زجاجی سے ہر شے پر ہوتا ہو تو یہ یہ عدد یا پر ۱۵ عدد اور س کی زیادہ کے درپیش ہو سکتا ہے تنظر سے کہ یہ پر ۱۵ یا ہی نہیں ہوتا کہ س کے اندر سے رجوعت چھن کر پر ۱۵ ہوتا ہے۔ انکو کی تجاویف میں سے یہ ایک کہ تو ترسائی کی زیادتی صرف داخلی حالت میں ممکن ہے جیسا کہ "عربیہ کے مقادرات در اندوین کے مسدود ہو جانے کی صورت میں خزانہ مقدم و مؤخر کے تو ترس با فرق پیدا ہو سکتا ہے یعنی اس حالت میں خزانہ مؤخر کا تو ترس نہ مقدم سے بہت زیادہ ہوتا ہے۔ یہ جی ممکن ہے کہ ان میں مدرسہ کے کچھ درپیشے حصہ کے تو ترس بہت زیادہ فرق ہو جائے مگر یہ سی وقت ممکن ہو سکتا ہے کہ تمام ہر کی وجہ سے ان دونوں شخص کا درمیان کی وجہ سے ہو جائے اور س کے اندر سے رجوعت نہ چھن سکے۔

اسی حالت میں تو ترس کی حقیقت کو بخوبی ذہن نشین کرنے کے واسطے ہم عدد کو نظر نہ کر دیں تو زیادہ بہتر ہے۔ کیوں کہ یہی صورت میں ہر تہا کو ایک ہی جوت ضرور کہہ سکتے ہیں جس کے اندر رجوعت بھری ہوئی ہو۔ اب ہم باقی یہ سمجھ سکتے ہیں کہ آگے ایک عدد ہے جس سے ان میں یا نیم ہیں رجوعت کا دباؤ ہر کی طرف کو ہوتا ہے جس کو ہم تو ترس کہتے ہیں (Hylio static) یعنی قانون سکون یا تہا کے روسے یہ دباؤ یا تہا ہر طرف یکساں ہونا چاہئے یعنی ہر حصہ غلاف پر یکساں ہونا چاہئے۔ دوسرے اعلاؤں میں اس کا مفہوم یہ ہے کہ ایک مخصوص تہا پر اس دباؤ کا قاس وزن کے ساتھ تعاقب ہوگا۔ ہم یہ بھی کہہ سکتے ہیں کہ قرنیہ کے یکساں لی میٹر تہا پر اندر کی طرف سے دباؤ یا تہا دھرتا ہے وہی سلیبی کے مرتے ہی حصہ پر ہوتا ہے۔

تو ترس ایک حالت پر قائم رکھنے یا اثر جانے کے لئے کے باب۔ تو ترس یعنی کا انحصار اس تناسب پر ہے جو کچھ کی تجویف کے حجم اور اس کے اندرونی بزار کے درمیان ہوتا ہے یعنی جب حجم چھوٹا ہو جائے یا اس کے اندر کے بزار کی مقدار بڑھ جائے تو تو ترس یعنی بھی بڑھ جائے گا۔ اور اگر حجم بڑھا ہو اور اس کے اندر کے بزار کی مقدار کم ہو جائے تو تو ترس یعنی بھی کم ہو جائے گا۔

آگے کہ اندر کا حجم یا اس کی مقدار کا رقبہ "عربیہ" و "قرنیہ" کی شکل اور اس کے رقبہ پر منحصر ہے۔ علاوہ ازیں اس کی یکساں بھی اس کا انحصار ہوتا ہے طبیعی حالت میں گو کہ اس کے اندر معمولی تبدیلیاں لاحق ہو سکتی ہیں۔ تاہم وہ کچھ اہمیت نہیں رکھتیں اور ان کو ہم نظر نہ کر سکتے ہیں۔ تو ترس میں جن وجوہ سے تبدیلیاں ہوتی ہیں ان کو ذیل میں ذکر کیا جاتا ہے۔

۱۔ انکی تجویف میں اس کے اندرونی بزار کی مقدار کی کمی بیشی۔ مثلاً جب قرنیہ میں سورن کر کے رجوعت کی نکالیں بنائے تو تو ترس یعنی یکساں بہت کم ہو جاتا ہے۔

آنکھ کے اندر زانی اجزا جن کی مقدار کم و بیش ہو سکتی ہے۔

۱۔ رطوبت زانیہ رت زانیہ اس خون کی مقدار جو آنکھ کے اندر عروق میں دورہ کرتا ہے۔ ان عروق کے ضمنہ دموی کے برتن یا کم ہونے پر تو ترشینی میں زیادتی یا کمی ہو جاتی ہے۔

۲۔ سوئی حیثیت سے یہ جی تسمیر مینا پاپ ہے کہ آنکھ کے اندر کے دموی عروق کا غنطہ تو ترشینی سے کسی قدر زیادہ ہونا چاہئے۔ ورنہ شرمائی جوت آنکھ کے اندر دورہ نہ کر سکے گا۔ جب آنکھ کے اندر عروق کا غنطہ دموی کم ہو جاتا ہے دھیرے دھیرے موت میں تو ترشینی زائد ہو جاتا ہے۔

۳۔ آنکھ کے اندر زانیہ عروق کے چپنا ہونے کی وجہ سے شرمائی ضربات میں قدر ضعیف ہوتا ہے کہ اس کا توازن آنکھ کے طبقات کی لچک کے برابر ہو جاتا ہے۔

۴۔ یہ بھی یاد رکھنا چاہئے کہ غنطہ دموی کے متقل اور بڑی تبدیلی آنکھ کے تو تر پر حارشی اثر ڈالتی ہے یہ اثر حارشی اس وجہ سے ہوتا ہے کہ آنکھ کا اندرونی نظام اس توازن کی تبدیلی کو جلد درست کر دیتا ہے۔

۵۔ طبی حالات میں تو ترشینی کی تبدیلیاں باہر کے باعث بھی پیدا ہو سکتی ہیں۔ مثلاً جب مقدمہ عین کو باہر سے دبا یا جکے تو ترشینی زیادہ ہوتا ہے اور جس قدر یہ دباؤ زیادہ ہوتا ہے اسی قدر تو ترشینی زیادتی ہو جاتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ جب ایک انگلی سے مقدمہ عین پر دباؤ بڑھاتے ہائیں اور اسی وقت آنکھ کا منہ منہ زانیہ عین کے ذریعہ کریں تو معلوم ہوگا کہ دباؤ باہر کا دباؤ ایک خاص حد پر پہنچتا ہے تو شرمین خون سے نمان ہو جاتی ہیں یعنی اس غش یا کریم کو تر کو اس قدر بڑھا دیتے ہیں کہ وہ عروق دموی (مرکزی شرمین اور اس کی شاخوں) کے غنطہ دموی سے بڑھ جاتا ہے۔ گویا یہ عروق تو ترشینی کی زیادتی کی وجہ سے دب جیتے ہیں۔

طبی حالات میں بھی غنطہ دموی کے خفاضی دباؤ کی وجہ سے ”مقلہ عین“ پر دباؤ پڑتا ہے خصوصاً جب کہ ”غسلہ عین“ جتنی کا انقباض رونما ہو۔

۶۔ طبی حالات میں اس وقت ہم اس واقعہ بھی سننے یا دیکھنے کے لیے کہ اس مقام پر آنکھ کے طبقات تپنے یا غرور ہو گئے ہوں جیسا کہ قوس کے اشارے کے تحت ہونے یا غرور کے متعلقات کی صورت میں دیکھا جاتا ہے۔ یہ مقامات تو تر کی زیادتی یا کمی سے باہر نکل آتے ہیں یا اندر کو دب جیتے ہیں۔

اسی بناً القیاس پلانے یا کھانسنے کی صورت میں جب اجزاء منقبض ہوں تو یہ مقامات زیادہ چسپاں ہوتے ہیں۔ وہابی چسپاں ہوتے ہیں مثلاً مین ہس قدر زیادہ چسپاں ہوگا۔ ان قدر منقبض ہونے کا دباؤ اس کے اوپر زیادہ ہوتا ہے اور یہ کہ ابھرے جیسے تغلیظ کی صورت میں یہ بند کا آپریشن زیادہ خفیف ہوتا ہے۔ کیوں کہ ان ٹیموں کی زیادہ چسپاں دباؤ دینے پر یہی فوراً باہر نکلتی ہے۔

باہر سے آنکھ پر دباؤ ڈالنے سے چون کہ آنکھ کے اندر سے رطوبت کا خراب زیادہ ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے دباؤ دیا جائے تو زیادہ نرم ہو جاتی ہے کیوں کہ اس کے اندر کی رطوبت کم ہو جاتی ہے۔ اور باہر سے دباؤ ڈالنے سے خود وہ دباؤ کے ذریعہ جو یہ دباؤ والی پٹی کے ذریعہ ہر صورت میں خارجی طور پر تو ترعینی کم ہو جاتا ہے۔ ماہر گریڈر (Grader) کا اندازہ ہے کہ یہ کی ۹۰ ملی میٹر سیالی تک ہو سکتی ہے۔

جب رطوبات کا اخراج آنکھ سے باہر کی طرف کم ہو دباؤ کو ذرق المار یا اس مرض کے لئے مستعد آنکھوں میں ممکن ہے، تو باہر سے دباؤ ڈالنے پر یہ کمی بہت کم نمایاں ہوتی ہے اس دباؤ کو ہم دواؤن سے بھی پیدا کر سکتے ہیں قابض صدقہ ادویہ جن کے متعلق ہم کو معلوم ہے کہ وہ ذرق المار والی آنکھوں کے تو ترکو کم کرنے کی مرض سے ہتھال کی جاتی ہیں اور باسط صدقہ ادویہ ذرق المار کی ہستہ اور کھنے والی آنکھوں میں یہ مرض پیدا کر سکتی ہیں۔

طبی آنکھوں میں نصف فی صدی والا ایسین کا محلول یا پیلو کارپن کا محلول ڈالنے سے تو ترعینی کم ہو جاتا ہے اور یہ کمی تین آنکھ ملی میٹر سیالی تک ہو سکتی ہے۔ اور ۲ گھنٹے یا اس سے کچھ زیادہ عرصہ تک جاتی رہتی ہے۔ کوکین محلول کے ذریعہ ایک چار ملی میٹر سیالی تک اس میں کمی ہوتی ہے۔

گویا کہ کوکین یا شیطی آنکھ میں ہوتا ہے ورنہ کم تو تر والی آنکھوں میں یہ کمی اور بھی زیادہ ممکن ہے مگر ذرق المار کی حالت میں ممکن محلول باسط صدقہ ہونے کی وجہ سے تو تر کو بڑھا دیتا ہے۔

ایسی نغزین سے بعض وقت تو تر بڑھ جاتا ہے۔ مگر کوکین ملا کر اگر اس دو کو ہتھال کیا جائے تو تو تر عینی کم ہو جاتا ہے۔ ذریعہ ایسا میں عمومیہ دوا صدقہ کو منسبہ کرتی ہے۔ مگر یہ تو تر کو نہیں زیادتی۔

ذریعہ تغیر تغیرات سے بھی تو تر بڑھ جاتا ہے اور اس کی یہ زیادتی کچھ عرصہ تک رہتی ہے۔ تو تر عینی کا توازن۔ گو کہ خفیفہ دموی کی مستقل تبدیلی اور عضلات چشم کا انقباض تو تر عینی پر اثر انداز ہوتے ہیں۔ تاہم ان کی

وجہ سے اس میں نہایت معمولی تغیر ہوتا ہے اور تقریباً یکساں ہی رہتا ہے۔ قطع نظر اس کے، آنکھ کے اندر خود ہی توازن قائم ہو رہا ہے کیونکہ دباؤ کے کھینے بڑھنے کے ساتھ آنکھ کے اندر سے رطوبت کا اخراج کم و بیش ہوتا رہتا ہے جس کی وجہ سے اندرونی توازن قائم رہتا ہے۔

آنکھ کے اندر سے رطوبت کے بعد یاد میں غائب ہونے کا تعین عام فسرزوں کے مطابق اس کے دونوں طرف دباؤ پر منحصر ہے۔ اس سے جب بیڑی دبا یا اندرون چشم رطوبت کے جمع ہو جانے سے آنکھ کے اندر توازن قائم رہتا ہے۔ مگر اگر دباؤ کم ہو جاتا ہے تو کم نکلتی ہے اس لئے آنکھ کے اندر کا توازن نہایت آہستہ آہستہ قائم ہوتا ہے اس کے علاوہ باہر کا دباؤ بڑھنے یا کم ہونے سے آنکھ کے اندر عروق پر بھی اثر ہوتا ہے جس کی وجہ سے باواسطہ رطوبت کا ترشح بھی مناسب عامات کی قدر تک جاتا ہے یا زیادہ ہو جاتا ہے۔

اگر توازن بڑھ جائے تو آنکھ کے اندر خون کم داخل ہوتا ہے اور چونکہ عروق خون سے کم ممتلئ ہوتے ہیں اس لئے آنکھ کے اندر سے رطوبت کا اخراج بھی کم ہوتا ہے اس کے برعکس جب آنکھ کا توازن کم ہو جائے تو آنکھ کے اندر رطوبت مائی کا اخراج نمایاں طور پر ہوتا ہے۔ وجہ اس کی یہ ہے کہ عروق منبسط ہو جاتے ہیں تو ترعین عروق کے نقطہ دہری کو کسی طرح نہیں دگتا بلکہ صرف عروق کی دیواریں اس کو قائم رکھنے کی ذمہ دار ہوتی ہیں اور وہ چونکہ کافی طاقتور نہیں ہوتیں اس لئے پھیل جاتی ہیں عروق کے انبساط کی وجہ سے رطوبت کا ترشح زیادہ ہوتا ہے جو بالآخر توازن طبعی حالت میں لانے کا باعث بنتا ہے اس توازن کی بنیاد پر ہم کہہ سکتے ہیں کہ عدسے کے نکل جانے کے بعد آنکھ زیادہ نرم نہیں ہوتی کیونکہ عدسہ کی جگہ رطوبت سے لیتی ہے علیٰ ہذا اقیاس اگر موتیا بند والا عدسہ حجم میں بہت بڑا ہو تو اس وقت آنکھ بہت سخت نہیں ہوتی کیونکہ اس صورت میں رطوبت مائی نسبت کم ہو جاتی ہے۔ مذکورہ بالا امور سے آنکھ کے اندر توازن کے قیام کی توضیح بخوبی ہوتی ہے

مابقیہ طریق توازن کے علاوہ Osmotic عمل انجذاب بھی اس توازن کو قائم رکھنے کا ذمہ دار ہوتا ہے مثلاً آب حون میں نکلیات کی مقدار زیادہ ہو جائے یعنی خون کا غلظت انجذاب بڑھ جائے تو پانی آنکھ کے اندر کم ہو کر خون میں شامل ہو جاتا ہے نیز اس کی وجہ سے آنکھ نرم ہو جاتی ہے اور یہ عمل مصنوعی طور پر اور وہ میں تک کی تلقیحات سے حاصل کیا جاسکتا ہے اگر غلات میناں میں ہم مذکور کردہ ماضی کی تالیف کریں تو مصلیہ حیرت جاتا ہے اور اس صورت میں اندر کا خون کم ہو جانے کی وجہ سے توازن بڑھ جاتا ہے۔ توازن پر اس قدر اعصاب کا اثر بھی ہوتا ہے جس کی وجہ سے بھی اور شرکی

عصاب کی تحریک سے تو زمین بڑھ جاتا ہے اور ان کو طبع کر کے تو زمین کم ہو جاتا ہے، یہی وہ سبب ہے کہ زمین بڑھتی کر کھٹ کر نکال دینا تو زمین کے بڑھ جانے کی موت میں بطور علان کے نتیجہ کیا جاتا ہے کہ اس میں سے بہت بڑا قاذور ہدف عارضی ہوتا ہے جس کی وجہ سے زمین پر اس وقت تک پہنچتا ہے کہ وہ زمین کے بعد آنکھ کا توڑ کیا ایک کم ہو جاتا ہے اور زمین کا ذیلی سبب کہ ایسا عموماً عصبی ترقیت کی بنا پر ہوتا ہے۔

تو زمین کی پائش اتو زمین کی پائش اس طرط زمین پر یہ ہو گا کہ زمین کے اندر حل کریں اور اس کے دوسرے سے دوسرے کو سیاہی توڑتا ہے اس کے گردیں، گردیں یاں ہے کہ انسانوں کی آنکھ پر بھی یہ تو زمین کر سکتے کیونکہ اس میں سے آنکھ کے اندر تک کا مونا ضروری ہے، جب تک آنکھ میں زمین نہ ہو تو زمین سے اس طرط سے تو زمین کی پائش نہیں کر سکتے، یہی صورت میں ہم کو سونے کی باہ کا تہ چل سکتا ہے جو زمین کی توڑ کا آنکھ کے بیڑنی اوقات پہنچتا ہے تو زمین کی پائش کے لیے معائنہ کرنے کے ماتحت ملاحظہ فرمائیں۔

منظریات کے ابتدائی اصول

Elementary optics

اگر سفید نور یعنی دھوپ کو کسی منشور شیشی میں سے گزارا جائے تو دوسری طرف بجائے سفید روشنی کے ایک چوڑا دھاری نور کی نمودار ہوتی ہے جس کے اندر کسی قسم کے رنگ ملتے ہیں جو اپنی ترقیب میں قدرتی قوس قزح کی مانند ہوتے ہیں اس نور کی دھاری کو ہم طیف شمسی (Solar spectrum) کہتے ہیں۔ دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہے کہ سورج کی روشنی منشور شیشی میں سے گزر کر انہیں رنگوں میں منقسم ہو جاتی ہے جن کے اختلاط سے روشنی کا سفید رنگ معرض طور پر آتا ہے ترقیب میں یہ رنگ طیف شمسی کے اندر حسب تفصیل ذیل جاتے ہیں: سرخ، نارنجی، زرد، ہلکا، نیلا، آسمانی، بنسی۔ ان میں سے سرخ روشنی کا طول موج سب سے زیادہ ہوتا ہے اور بنسی کا سب سے کم طیف شمسی کا روشن ترین اور بنسی پائے پر ۰.۰۱ میکرو میٹر ہے۔ یہ رنگوں کی میٹرنگ بھی ہوتا ہے اور اس پر سرخ روشنی کے نیچے وہ شے ہیں جن کا طول موج بہت زیادہ ہے اور جو جذب نہیں ہوتے اور ان کو حرارت کی شے ہیں کہیں بنسی روشنی کے پائے وہ شے ہیں جن کا طول موج بہت کم ہے اور شے اس پر عمل کرتی ہیں ان کو فوق بنسی شے کہتے ہیں طیف شمسی کے روشن حصے میں مختلف رنگوں کی شے ہیں

شکل نمبر ۳۱



مقام (پ) سے شعاعیں کمرۂ آئینہ (ا) سے مقام (ک) پر پرتی جاتی ہیں اور یہاں سے منعکس ہو کر (ن) تک پہنچتی ہیں۔ اس طرح اگر (پ) کا اور کئی ایک ہی سطح پر واقع ہیں اور یہ مذکورہ سطح کا رخ کی سطح ہے اور زاویہ شعاع وارد کا (د) زاویہ انعکاس (د) کے برابر ہے۔

منعکس ہوتوں کا گینا شے ہو جاتا ہے

نہ پر بیان کر آئے ہیں کہ منعکس شعاع نور کا رخ میں جاتا ہے اور سے واسطے سے ٹکرائے سے پہلے اس کو ہم شعاع وارد (Incident ray) کہتے ہیں در دوسرے واسطے سے ٹکر کر واپس ہونے پر اس کا نام 'شعاع منعکس' ہوتا ہے۔ اگر ایک نقطہ پر جہاں کہ شعاع وارد کسی واسطے سے آکر ٹکراتی ہو ایک عمودی خط کھینچی جائے تو یہ منسلک ہے کہ اس عمود کے

ساتھ شعاع واردات ہی زاویہ بناتی ہے جتنا زاویہ اس کے ساتھ شعاع منعکس بناتی ہو اس عمودی خط کو عمود Normal کہتے ہیں۔ خصوصاً اصطلاح میں قانون انعکاس کی صورت حسب ذیل ہوگی۔

تمام سطح کے لئے قاعدہ کلیہ ہے کہ زاویہ ورود اور زاویہ انعکاس برابر ہوتے ہیں۔ اور دونوں ایک ہی سطح پر واقع ہوتے ہیں۔

مذکورہ قانون ہم معمولی سطح مرآۃ کے لئے مقرر کرتے ہیں۔ اگر (پ) ایک منور نقطہ تصویر کرے (پ) اور (ا) آئینے کے سامنے ہے تو اس صورت میں (پ) کا شعاع نور کا انعکاس کی طرف ہوگا و شعاع (پ) کا انعکاس (د) کی طرف ہوگا۔ اور انعکاسی شعاعیں (ک) اور (د) سے (ن) نقطہ (پ) سے آتی ہوئی معلوم ہوں گی جو آئینہ کے پیچھے کی قدر دور واقع ہے جس قدر (پ) اس کے سامنے ہے چوں کہ (پ) اس (د) شعاعوں کو نہیں پہنچے گی طرف سے قدر بڑھانا ہے کہ دونوں آپس میں (پ) پر مل جائیں گے۔ یہ شعاعیں صورتیں بناتی ہیں وہ آئینہ نہیں ہوتی سی وجہ سے اس کو مجازی شبیہ (Virtual image) کہتے ہیں۔ یہی خیال آئینہ کے آئینہ سے منعکس ہوتی ہیں۔ جس قدر وہ آئینہ سے دور ہوتی ہیں ان قدر ان کا آپس کا فاصلہ بڑھتا جاتا ہے۔ یہ کہ (Reflected rays divergent) منعکس شعاعیں متباعد ہوتی ہیں۔

شکل نمبر ۳۳

یہ دیکھیں کہ اس نقطے کے لئے پیش کر سکتے ہیں
جو اپ (و) سے متعلق ہے۔ اس کا عکس بھی یہی قدر آئینہ
ست دور ہوگا جس قدر اصل چیز آئینے کے سامنے دور
اس کے علاوہ دونوں شبیہ کا حجم ایک سا ہوتا ہے
اپنے یہ ذہن نشین کریں کہ با
ایک سطح کے کسی نقطے پر عمود آتی ہے

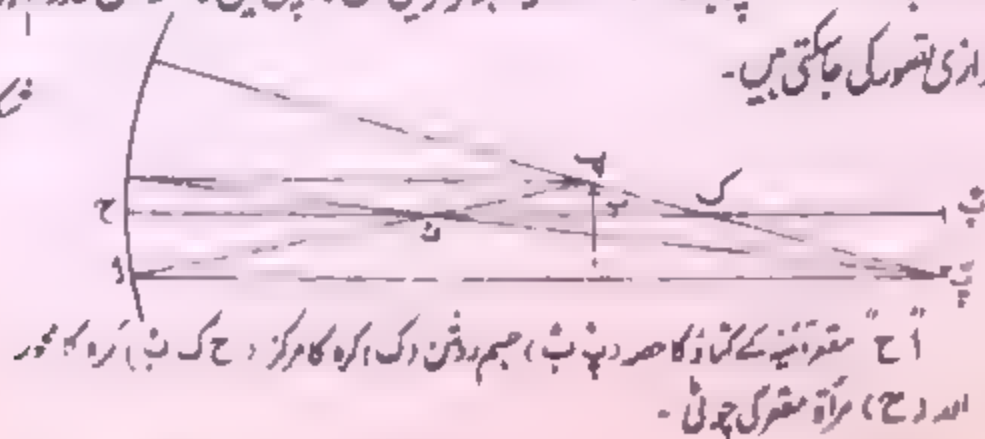
Concave mirror

جو اس کرہ (Sphere)

کا اس تمام پر نصف قطب۔ اگر (ح) کو ہم ایک قمر
آئینہ کے کٹو کا ایک نقطہ میں اور اپ (و) کو کرہ کا مرکز و ج ک ب

کرہ کا محور میں گئے اور (ح) کو مرآۃ مقعر کی چوٹی۔ شعاع اپ (ک) ہو کر اسے مزید سے گزرے گی وہ اپنے ہی رستے
پر واپس آئے گی۔ گویا (پ) کی شبیہ خط اپ (ک) پر ہر حالت میں ہوگی۔ اپ (ک) شعاع جو محور کے متوازی ہو وہ (پ) کو
مقام۔ پ پر جا لگے گی اس نے پ گویا شبیہ ہو رہی ہے۔ یہ بات علم ہے کہ تمام شعاعیں جو محور کے متوازی ہوتی ہیں وہ اس محور سے زیادہ
دور نہیں ہوتیں۔ وہ سب کی سب محور کو نقطہ (ف) پر کاٹتی ہیں اور یہ نقطہ خط (ح) کو ٹھیک و حصوں میں منقسم کرتا ہے۔ گویا (ف)
اس مرآۃ کا مرکز خصوصی (Principal focus) ہے۔ اگر ہم اپ (ک) کو مرآۃ سے بہت دور سے جائیں تو تمام
وہ شعاعیں جو مرآۃ کے چوٹے سے حصہ پر جو (ح) کے نزدیک ہو کر گر نیکی ان کا پس میں فاصلہ اس قدر کم ہوگا کہ وہ سب کی سب
(ب) ح کے متوازی تصور کی جاسکتی ہیں۔

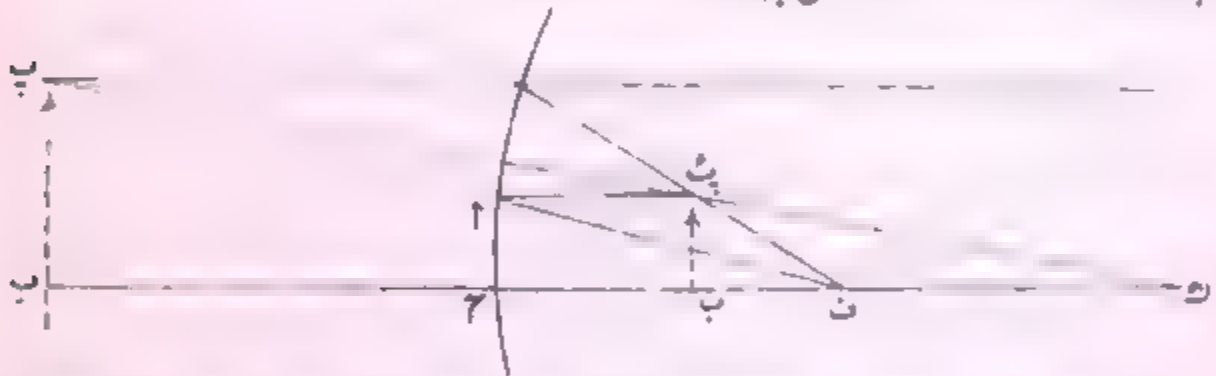
شکل نمبر ۳۳



اس صورت میں (پ) شبیہ نہایت چھوٹی اور مقام (ف) پر ہوگی ان صورتوں میں انکلی شبیہ الٹی ہوگی۔ مناظریات

۸۸
 لائنوں میں کہیں سے کہیں ہو سکتا ہے اگرچہ رپ ب، کو ایک شے مقرر کریں تو اسے
 کی تبدیلی نام نہانہ ہوگی۔ رپ ب، پر جو تو اس کی تمام شے میں جو مرآتے شے منکس ہوں گے وہ سب کی سب
 محسوس ہونے لگیں گی۔ مثلاً اگرچہ رپ ب، پر یہ شے ہی فاصلہ پر ہے اور یہ حجم میں بہت بڑی ہوگی اب کوئی
 چیز اگر فاصلہ پر ہے، اس کے ساتھ ساتھ ہونے لگی شے میں رپ ب، سے منکس ہونے کے بعد اس میں ایسی تبدیلیاں آئیں گی جیسی کہ مرآتے سے
 پیچھے والی چیز سے آنے والی شے میں بت ہوتی ہیں اور یہ معلوم ہوگا کہ وہ مرآتے کے پیچھے سے آ رہی ہیں جیسا کہ سطح مرآتے میں ہم دیکھ
 سکتے ہیں۔ صورت میں ان کا یہ تبدیلی بڑی ہوگی۔ مرآتے مقرر کے پیچھے اور اصلی شے سے حجم میں بڑی ہوگی۔ خاص بات مقرر مرآتے کے
 متعلق یہ دیکھنے کے قابل یہ ہے کہ اگر کوئی شے مرآتے سے دور ہو تو یہ فیصلہ اس کے مرکزی فاصلہ (Focal Distance) سے
 زیادہ ہو سکتی ہے کہ مرآتے کے نصف قطر سے زیادہ ہو، تو شبیہ لٹی اور مرآتے کے سامنے ہوتی ہے۔ یہ حالت تقریباً بنظر العین کے ہتھان کے
 وقت ہمیشہ پانی باقی ہو۔

شکل نمبر ۲۲



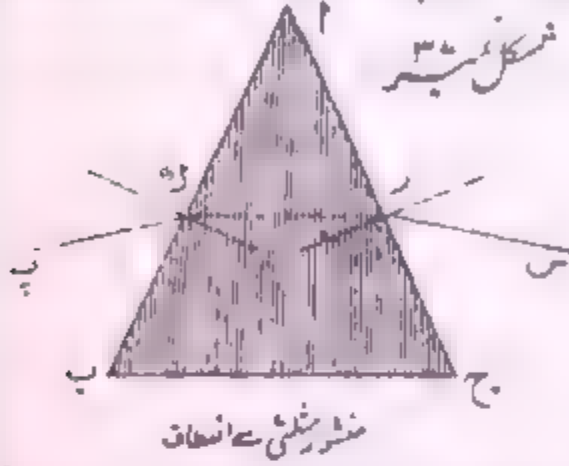
مرآتے سے جو شے پہنچتی ہے وہ مرآتے کے نزدیک ہے، اور منکس ہو کر تمام رپ ب، سے گزرتی ہے جو مرآتے کی اصل ہے۔ تنوع رپ ب،
 مرآتے متوازی شے ہوتی ہے۔ رپ ب، سے پہنچتا ہے۔ اسی کے پشت ہی رستہ پر واپس منکس ہوتی ہے۔ ان شےوں میں کوئی دو
 رپ ب، کا مقام باقی ہیں جو "پ" کی شبیہ ہے۔

”محدب مرآتے“
 آئینہ کے معانی میں ہم عموماً محدب مرآتے بستان نہیں کرتے جس کی وجہ کا معلوم کرنا کسی قدر ضروری ہے جبکہ تقریباً
 مثل محدب مرآتے کے مثل کہتا ہے جیسا کہ آئینے کی تصویر سے ظاہر ہے۔ تو اسی طرح ہر مرآتے کے ذریعے کسی چیز کو
 معائنہ کرنے پر اس کی شبیہ بڑی پیدا ہوتی ہے۔ جس سے کہ جیسا کہ ہم مقرر مرآتے میں دیکھ چکے ہیں اگر کوئی شے مرآتے مقرر
 سے دور ہو تو اس کی تصویر بڑھ کر مخصوص پر وقت ہوتی ہے یعنی مرآتے کے پیچھے اسی کرہ کے نصف قطر کے برابر فاصلہ پر۔
 (شکل نمبر ۲۳ آئینہ پر ملاحظہ ہو)

منشور مثلثی

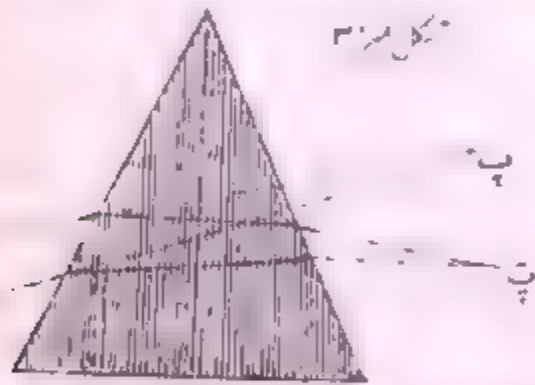
Prism

کرنیم کرنہ ترہائی سطح کی ایک سطح (ح د) کو سی کے گرد (د) پر گھومتی ہوئی
 تصاویریں تو ہم منشور مثلثی کے انقطاع کو سمجھ جائیگی (ح د) کے پچھلے اور
 کے ساتھ (ح د) سے بڑا زاویہ بنائے گی گویا اب زاویہ انقطاعی بھی پہلے سے بڑا ہو گا یعنی اب ہم
 نکلنے والے شعاع نور (د ر ٹ) ہوگی جو منشور مثلثی کے قاعدے کی طرف جھلی ہوگی شعاع اپ ٹ (د ر ٹ) منشور مثلثی کے قاعدے کی طرف جھلی ہوگی



شعاع نور اپ ٹ (د ر ٹ) منشور کے دونوں طرف پنا
 جھلکتی ہے یعنی کہ تصویر نمبر ۳ سے ظاہر ہے کہ منشور مثلثی منشور
 کا بنا ہوا تو شعاع کا انقطاع منشور کے انقطاعی زاویہ سے نکلے گا
 عام طور پر ہم ان شعاعوں کو جو مختلف انشیا سے آنکھ کے اندر ہیں
 ہوتی ہیں دوسری طرف ان کے انھیں خطوط کو ترہا کرتا ہے

ہیں ایسا کرنے سے شعاعوں کی انقطاعی کیفیت کو ہم سمجھیں گے۔ مثلاً ہم اس قسم کا مشاہدہ روزمرہ کی زندگی میں کرنے کے عادی
 نہیں ہوتے۔ اگر منشور مثلثی میں سے کسی روشن موہتی کی طرف
 دیکھا جائے یا اس کی روشنی میں کسی اور چیز کو دیکھیں مثلاً دیکھو
 (تصویر نمبر ۳) تو روشنی بجائے اپ کی طرف سے آنے
 کے پ کی طرف سے آتی ہوئی دکھائی دیگی۔



گویا ہم مشاہدہ کو ہم منشور مثلثی میں سے دیکھتے ہیں اس
 کی چوٹی (Apex) کی طرف جھلی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔ ہوتی ہیں شکل میں پ پ کے اوپر معلوم ہوتی ہے۔
 عدسہ شفاف اور قابل انقطاع تیشہ کا گڑا جس کی دونوں سطحیں مقعر ہوں عام طور پر اس کو ہم عدسہ کہتے ہیں

Lens

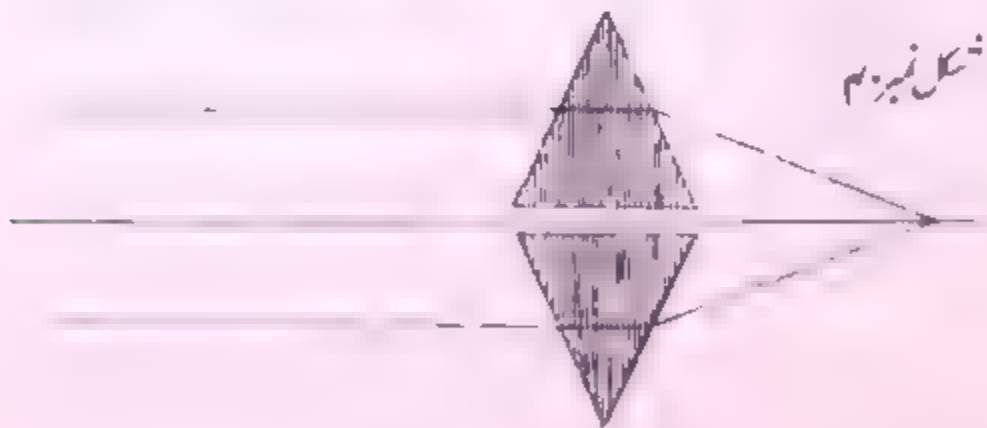


جیسی سطوح کے گردی انہی رکھے مگر اسے گزرنے والا خطا عدسہ کا محور اصلی کہلاتا ہے۔ پھر نل فیروزہ میں مختلف قسم کے عدسے لگے ہیں۔

مختلف قسم کے عدسے

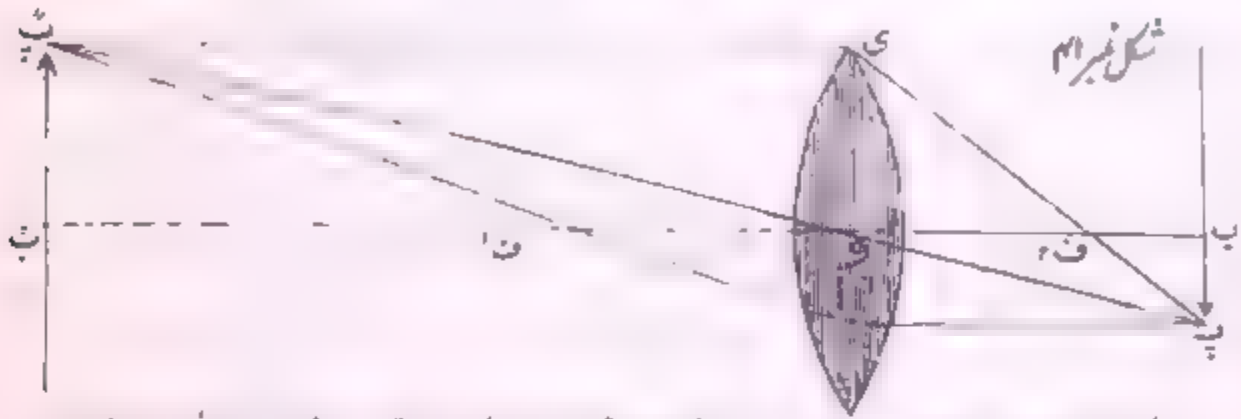
(۱) محدب سطحین (۲) مقعر سطحین (۳) وہ عدسے جن کی ایک سطح محدب اور دوسری ستوی (۴) وہ عدسے جن کی ایک سطح مقعر اور دوسری سطح محدب ہے۔
محدب سطحین عدسے کی یہ خصوصیت ہے کہ نور کی شعاعیں اگر اس کے محور کے توازی کر کے اس میں تو عدسے کے عمل سے وہ اس طرف منطف ہو جاتی ہیں کہ سب کی سب دوسری طرف ایک نقطہ میں سے گزرتی ہیں یہ عمل ایسا ہی ہے جیسا کہ دو منشوری شکل کا ہوتا ہے جو اس طرح ترتیب دے گئے ہوں کہ ان کی چوٹیاں ایک دوسرے کی طرف ہوں۔

اس بات کو سمجھنے کے لئے کہ عدسہ نور کی شعاعوں پر کیا عمل کرتا ہے جو ہم اس کو منشوری شکل کے ایسے دو ٹکڑوں کا مجموعہ فرض کرتے ہیں جن کے قواعد ایک دوسرے کے ساتھ جوڑ کر رکھ لئے گئے ہیں۔ نور کی شعاع جب منشوری شکل میں سے گزرتی ہے تو اس کی ٹوٹی کی طرف منطف ہو جاتی ہے جو گویا کہ جب شعاعیں مذکورہ قسم کے عدسے میں سے گزریں گی تو عدسے کے عمل سے اس کی ٹوٹائی کی طرف منطف ہوگی اگر عدسہ پیدا ہو تو ہم ثابت کر سکتے ہیں کہ اس کی ساخت ہے منشوری شکل کے دو حصوں کے گئے ہیں ان میں سے ایک کا نصف دیگر ناویہ اپنے فاصلے محور کا مناسب اس لئے ضروری ہے کہ عدسے میں سے گزرنے والی شعاعیں نقطہ واحد پر مجتمع ہوں اور وہ شعاعیں بھی



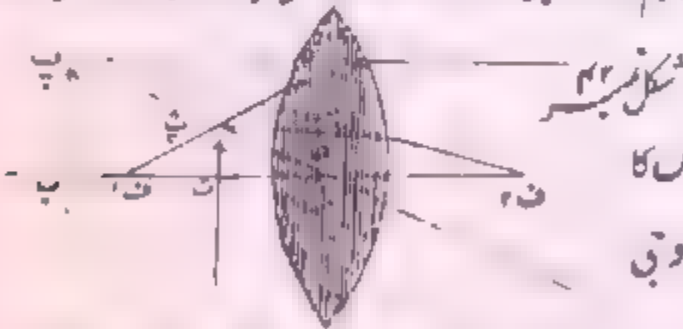
ہوں تو نقطہ بیدہ عدسہ کا ماسک اصلی ہوگا۔ اگر عدسہ کے دونوں طرف ایک ہی شفاف واسطہ ہو تو اس کے دونوں طرف کے ماسک اصلی کا فاصلہ عدسے سے یکساں ہوگا۔

عدسہ کرتی اور کمزور کا ہو تو سب طوں، اسکے دونوں نغی سطحوں کے نصف قطر کے برابر ہوگا بشرطیکہ ان دونوں سطحوں کا
نغز برابر ہو۔ اگر کوئی منور جسم عدسے سے بہت زیادہ فاصلہ پر ہو تو اس کی شعاعیں جو عدسے تک آتی ہیں علی طور پر متوازی سمجھی جاتی ہیں
اس لئے یہ صورت میں شبیہ عدسے کے، اسکے سلی پر بنے گی اور شبیہ الٹی اور بہت چھوٹی ہوگی۔



شعاع پتہ جی جو محور کے متوازی ہو اپنے دوسرے، سکے علی ٹ کے اندر سے منقطع ہوتی ہے اور شعاع پتہ جی جو پہلے، سکے علی
میں سے گزرتی ہے منقطع ہونے کے بعد محور کے متوازی ہو جاتی ہے۔ شعاع پتہ جی جو عدسے کے مرکز مناطری سے گزرتی ہے منقطع نہیں
ہوتی۔ ان میں سے کوئی دو شعاعیں پتہ کے مقام میں پ کی شبیہ کو بناتی ہیں۔

اب اگر جسم منور بتدیج عدسے کے نزدیک لایا جائے تو شبیہ عدسے سے تدریجا دور ہوتی چلے گی اور حجم میں جی بڑھتی جائے گی ہر ایک
کو جب جسم منور اسکے اہلی پر آجائے گا تو اس کی شبیہ لامتناہی فاصلہ پر اور اصل سے بہت ہی بڑی ہوگی اور اب تمام شعاعیں جو منور جسم
سے چلیں گی وہ عدسے کے دوسری طرف متوازی نکلیں گی۔ اگر جسم منور اد بھی عدسے کے نزدیک لایا جائے گا تو اس کی شبیہ مجازی منور جسم
کے پیچھے پیدا ہوگی اور جسم منور سے بڑی ہوگی۔

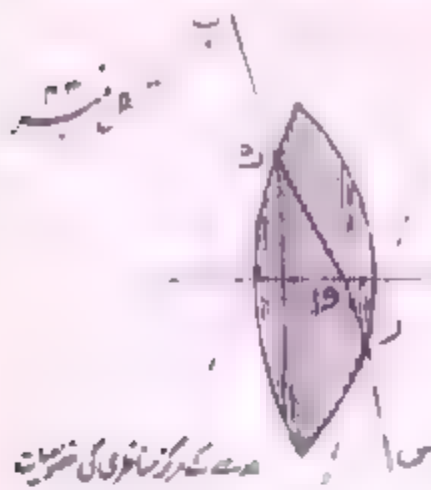


اس صورت میں منور شے کا جارقیا اور شبیہ دونوں کا
تعلق باہمی تعلق مستقل قائم ہے گا۔ اسی لئے ان کو زوجی
مائے (Conjugate Foci) کہتے ہیں

شکل نمبر ۳۲ کا بیان بالکل اس کے مطابق ہے۔

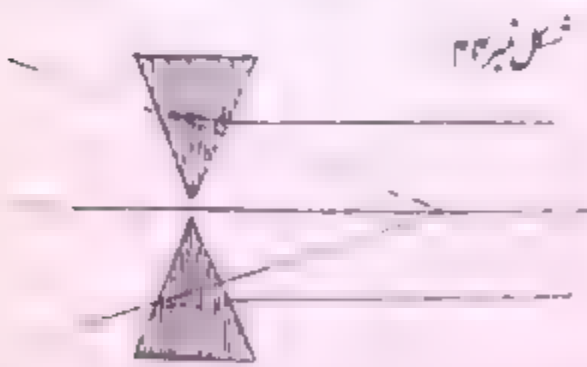
ہر محدب الطرفین عدسے کے وسط میں ایک نقطہ ہوتا ہے جس کو ہم مرکز مناطری (Optical Center) کہتے ہیں
جتنی شعاعیں اس نقطہ میں سے گزرتی ہیں ان کا انعطاف بالکل نہیں ہوتا۔ اس کا سمجھنا بالکل آسان ہے
شکل نمبر ۳۳ میں (پتہ راس) ایک شعاع ہے جن مقامات پر یہ شعاع دونوں طرف کی سطحوں سے باہر نکلتی
ہے وہاں اگر دونوں انحراف پر یعنی لے اور ر کے مقامات پر خط مماس (Tangent) کھینچیں تو یہ دونوں خط

میں متوازی ہوں گے۔ اس لئے ان دونوں شعاعوں کے لئے عدسہ ایک ایسے شیشے کی تختی کا کام دے گا جس کی دونوں سطحیں متوازی ہوں اور ہم یہ پہلے بتا چکے ہیں کہ ایسی صورت میں منقطع شعاع شعاع وارد کے متوازی ہوتی ہے۔ اگر عدسہ بہت پتلا ہو تو منقطع شعاع شعاع وارد کے ساتھ اپنا تسلسل قائم رکھنے لگی۔



اگر ہم کو یہ علم ہو کہ مرکز مناظری کے اندر سے جو شعاعیں گزرتی ہیں وہ بالکل منقطع نہیں ہوتیں اور بالکل اصلی میں سے گزرنے والی شعاعیں منقطع ہونے کے بعد متوازی ہو جاتی ہیں تو ہم جہاں چاہیں کسی محل پر شبیہ کی ماہیت بنا سکتے ہیں

شکل نمبر ۴ میں اگر ہم (پ پ) کو ایک شخص مانیں اور پ کو ایک شعاع جو مرکز مناظری (و) سے گزرتی ہو تو منقطع نہ ہوگی (پ پ) ایک شعاع جو محور کے متوازی ہے دوسری طرف ماسک اصلی ف میں سے گزریگی پ ف شعاع جو پہلے ماسک اصلی میں سے گزرتی ہو منقطع ہونے کے بعد محور کے متوازی ہوگی اس لئے پ پ کو پ پ کی شبیہ ہوگا۔ نقطہ عدسے میں جب نور کی شعاعیں محور اصلی کے متوازی آ کر گزرتی ہیں تو عدسے میں سے گزرتے ہوئے سب کی سب کسی ایک نقطہ طرف رجوع کرنے کے بجائے اور زیادہ قریب ہو جاتی ہیں اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ کو یا کسی نقطہ واحد سے آرہی ہیں۔ قاعدت کو ہم یوں تصور کر سکتے ہیں کہ یہ مشور کے دو کڑوں کا مجموعہ ہے جس طرح ترتیب سے گئے ہیں رائن کی ر Apex چوٹیاں یٹ دھرت کی طرف بن

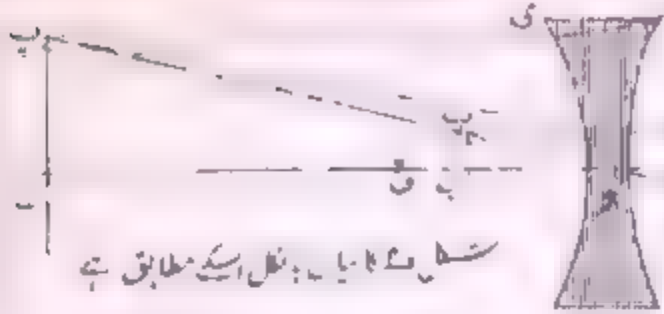


واردہ شعاعیں اگر محور کے متوازی ہوں تو انھیں کے بعد وہ قریب شعاعوں میں بدل جاتی ہیں اور ان میں اس قدر تناسل ہو جاتا ہے کہ اگر سب شعاعوں کو پیچھے کی طرف نہ جھکا جائے تو وہ محور کو ایک ہی نقطہ پر کاشت ہوں۔ یہ نقطہ عدسے سے اسی طرف ہوگا جس طرف سے شعاعیں آرہی ہوں۔ مذکورہ نقطہ دیر ہے

ہی وہ نقطہ جو عدسے کے دوسری طرف محور پر پڑتا ہے ہی فاصلہ پر ہو جتنا کہ سپا نقطہ۔ ان دونوں نقطوں کو ماسک اصلی کہتے ہیں قطعاً "ف" عدسہ بھی ایسے ہی مرکز رکھتا ہے جس کے محور پر عدسے کے اندر ہوتا ہے اس کی بھی وہی خصوصیت ہوتی ہے جو محدب عدسے کی بقدر عدسے سے جو شبیہ کسی جسم کی بنتی ہے اس کو ہم محدب الطرفین عدسہ کی شبیہ کی طرح سمجھ سکتے ہیں۔

بہت قریب ہوتے ہیں۔ صورت میں شبیہ کے بر محل کے لئے بخاری سیدھی اور چھوٹی ہوگی دیکھئے شکل نمبر (۴۵)

شکل نمبر ۴۵



مقرّب یا محدب عدسے جن کی ایک سطح مستوی ہوتی ہے ان کا عمل بھی مقعر انفرقین اور محدب انفرقین عدسے کے ساتھ ہوتا ہے مگر ان میں مرکزناظری سطح کے مقابلہ میں ہوتا ہے جہاں پر محور میں کوئی مرکز نہ ہو وہ عدسہ جن کی

ایک سطح مقعر اور دوسری محدب ہوتی ہے۔ ان میں مرکزناظری عدسے کے باہر ہوتا ہے عدسے کی طاقت انعطافی کا انحصار اس کے طول یا سکوائر پر ہے۔ اگر طول یا سکوائر زیادہ ہوگا تو انعطافی طاقت زیادہ ہوگی۔ اب ہم کو چاہئے کہ عدسے کی انعطافی طاقت کے لحاظ سے ان کے نمبر مقرر کریں۔ اس مصروف کے لئے ہم ایک ایسے عدسے کو نمبر کے طور پر اپنا بصریہ (Dioptr) طاقت والا مانتے ہیں جس کا طول یا سکوائر ایک میٹر ہو یا ایک ایسا عدسہ جس کا طول یا سکوائر میٹر ہو وہ عدسہ ۱ بلا عدد سے دوگنی طاقت کا ہوگا۔ گویا اس کی انعطافی طاقت ۲ بصریہ ہوگی۔ علیٰ ہذا القیاس وہ عدسہ جس کی انعطافی طاقت ۴ بصریہ اس کا طول یا سکوائر میٹر ہوگا۔ اور ۴ بصریہ انعطافی طاقت والے عدسے کا طول یا سکوائر میٹر یا دسٹنی میٹر ہوگا۔ اب اگر ہم کو معلوم ہو کہ ایک میٹر میں ۴۰- پنچ ہوتے ہیں (یا ۲۰ پیرسی پنچ) تو ہم کہہ سکتے ہیں کہ ۴۰- پنچ طول یا سکوائر والا عدسہ = ۱ بصریہ = ۱ D اور ۲۰- پنچ طول والا عدسہ = ۲ بصریہ = ۲ D۔ اسی طرح دوسرے عدسوں کو قیاس کر سکتے ہیں۔ محدب سے کوہم مثبت (+) نشان سے تعبیر کرتے ہیں اور مقعر عدسے کو منفی (-) نشان سے آنکھ کے وسط عینکوں کے لئے ہم استوائی عدسے بھی استعمال کرتے ہیں۔ ان کے استمال مخصوص ہم آئند بیان کرینگے۔

محدب مقعر عدسے کو پہچاننے کا طریقہ | اسی کی محدب مقعر حالت معلوم کرنے کا آسان طریقہ جو لکھیں کے لئے یہ ہے کہ آنکھ کے معاصر کرنے والے عدسوں کے کہیں میں سے سبب محدب عدسے کو آنکھ کے سامنے رکھ کر اس کے اندر سے دور کی شیا کو دیکھیں اور اس کو ایک طرف سے دوسری طرف حرکت دیں اور اس کے اندر بدلتا دیکھتے ہیں یا کیا کرنے سے دور کی شیا، عدسے کی حرکت کی سمت کی برعکس طرف حرکت کرتی دکھائی دے گی۔ اگر کوئی نیچے سے اوپر یا اوپر سے نیچے کو حرکت دیں! اب جب دور کی شیا، عدسے کے اندر سے اسی طرف حرکت کرتی دکھائی دے گی۔ اگر عدسہ مقعر ہوگا تو یہ کیفیت بدل جائیگی۔ یعنی جب دور کی شیا، کو عدسے کے اندر سے دیکھیں گے اور عدسے کو دائرے سے ادھر حرکت دینگے تو شیا، کی حرکت اسی طرف کو ہوگی جس طرف عدسہ حرکت کر رہا ہوگا اور اس طرز سے تمام ایسا مقعر عدسے میں سے دیکھنے پر چھوٹی معلوم ہوتی ہے جس کی یہ حرکت محدب سے شیا کی شبیہ الٹی ہوتی ہے اور مقعر سے شیا کی

اب اگر ہم (۲۰) بصیرت طاقت والے عدسہ کے ساتھ (۲۰) بصیرت طاقت والا عدسہ ملا کر دونوں کے اندر سے دوسری طرف کی تیار کردہ دیکھیں تو سب کچھ اپنی اصلی صورت و ثابت پر ہوگا۔ گویا ان دونوں عدسوں کو اکٹھا کرنے کی تیزابیت ہوگا۔ یہی جو یہ دونوں متضاد طاقت کے عدسے ایک دوسرے کو متبادل کر دیتے ہیں اور دونوں میں رابحہ نمونی شیشے کی تختی جس کی دونوں سطحیں مستوی ہوں، کا عمل کرتے ہیں۔ دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہے کہ اگر ہم چاہیں کہ کسی عدسہ کی نہانی طاقت معوض ہو تو پہلے فیصلہ کریں کہ وہ محدب یا مقعر۔ اس کے بعد اس کے متضاد طاقت کا عدسہ لے کر دونوں کو ملا کر دیکھیں اگر پہلی دفع متبادل نہ ہو تو متضاد عدسے کی طاقت کو بڑھا کر دیکھیں حتیٰ کہ دونوں متبادل ہو جائیں جب یہ حالت ہو تو متضاد عدسے کی طاقت کو پختہ کریں وہی طاقت معائنہ کر دے دوسری ہوگی۔ مگر متبادل کرنے والا عدسہ کر شبت تھا تو یہ منفی ہوگا اور اگر وہ منفی تھا تو مثبت ہوگا مثال کے طور پر اگر ایک شخص ہمارے پاس ایک عدسہ معائنہ کرنے کو لائے تو پہلے ہم اس کو نگاہ کے سامنے رکھ کر اس میں سے دوری شے کو دیکھیں اور اس طرح معلوم کریں کہ وہ محدب یا مقعر اگر وہ محدب ثابت ہو تو اس کی طاقت معلوم کرنے کے لئے معائنہ کے کس میں سے مقعر عدسہ کو اس کی تبدیل کے لئے استعمال کریں جس نمبر کے مقعر عدسے کے زیر تبدیل رونما ہو وہی طاقت مثبت یعنی معائنہ کردہ عدسہ کی ہو مذکورہ معائنہ کے وقت یہ خیال رکھیں کہ دونوں عدسے ایک دوسرے سے بالکل ملے جیسے ہوں ورنہ ان کے ملا کر بھی مقصود حاصل نہ ہوگا۔ اور دونوں کے مرکز مختلف مقامات پر ہونگے تو تبدیل کلیتہً نہ ہو سکے گی اور اگر دونوں عدسے ایک دوسرے سے ملے ہوئے تو غلطی کا امکان ہے۔

ابتدائی وظائفی مناظریت | آئینہ منطقی آدھ کی حیثیت سے ایک معمولی عکس دار (Camera) سے مشابہ ہو چکا ہے۔

ایک صندوق ہوتا ہے جس کے دو مقابل کے پس منظر بنائی ہوئے ہیں۔ ان پس منظر کے درمیان فاصلے کو کم و بیش کرنے کے لئے دوسرا پس منظر اس طرح ہوتے ہیں کہ حسب ضرورت کم و بیش ہو سکتے ہیں۔ سامنے کے انعکاسی پس منظر سوایج ہوتا ہے جس کے اندر عدسہ لگا ہوتا ہے۔ اس کے مقابل پس منظر اندر سے شیشے کا نیم شفاف پردہ لگا ہوتا ہے۔ عکس اور دور کے کسی شخص کے سامنے اس طرح رکھ دیتے ہیں کہ اس کی شمایں عدسہ میں سے گذر کر اس شخص کی حقیقی عکس شبیہ بناویں اور پھر پچھلے پردہ کو عدسہ کی حرکت دیتے ہیں تاکہ پردہ شبیہ کے محل پر پہنچ کر شبیہ کو صاف دکھلانے کا باعث ہو۔ اب تصویر لینے کے لئے پردہ کی جگہ اس تختی رکھ دیتے ہیں۔

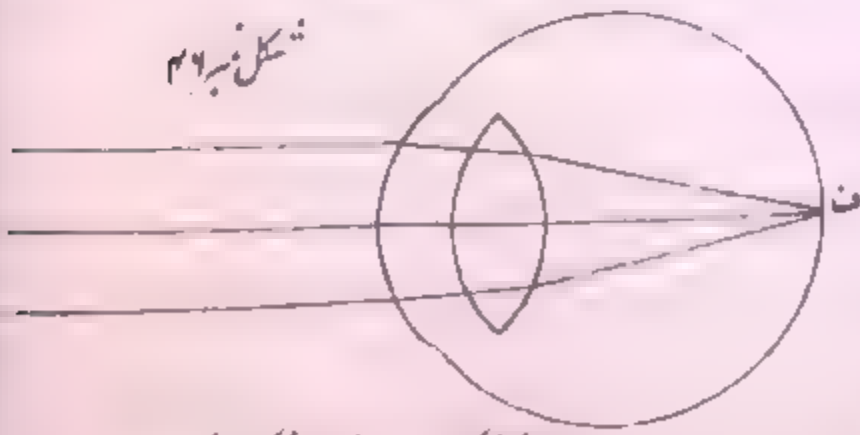
تنگہ میں طبقہ شبکیہ گویا احساس تختی کا کام دیتا ہے۔ شعاعوں کو شبکیہ پر مرکزی حیثیت سے قائم کرنے کے لئے عدسہ جدید کے علاوہ قرنیہ بھی ہے جو خود شفاف ہی اور اس کی دونوں سطحیں کرومی ہوتی ہیں۔ قرنیہ کا منطقی اثر عدسے سے بھی زیادہ ہوتا ہے۔ اس پیمہ و نظام

کی سمت مانی یہ مرکز طوں، اسکا کوکم کیا جائے تاکہ آنکھ، وجود چھوٹی ہونے کے بھی بخوبی کام انجام دے سکے۔ اس تمثیل سے معلوم ہوتا ہے کہ نور کی شعاعوں کے لئے آنکھ کا نظام ایک طاقتور محدب عدسے کا کام دیتا ہے قبل ازیں ہم بتا چکے ہیں کہ اگر کسی عدسے کے دونوں بائیں شفاف سطح ایک ہی ہو تو مقدم و مؤخر طوں، سکریاں، ہوتے ہیں۔ مگر انہیں یہ ناسات نہیں ہوتی۔ قرنیہ کے سامنے ہوا ہوتی ہے اور پچھلی طرف رطوبت مانی جو عدسہ کے سامنے کی طرف بھی ہوتی ہے۔ عدسہ کے پیچھے رطوبت زجاجیہ ہے جس کی انعطافی طاقت پانی سے زیادہ ہوتی ہے۔ گویا اب مقدم طوں، سکریاں و مؤخر طوں، سکریاں دونوں میں فرق ہی۔ یعنی قرنیہ کے سامنے تقریباً ۱۲ ملی میٹر اور قرنیہ کے پیچھے ۲۲ ملی میٹر ہے۔ قرنیہ کے سامنے کی سطح محدب کر دی ہے جس کے انحناء کا نصف قطر ۷ ملی میٹر ہے۔ قرنیہ اور عدسہ کی گروی سطوح کے مرکز ایک ہی خط مستقیم پر واقع ہیں جن کو ہم محور ناختری کہتے ہیں۔

اگر شعاع نور قرنیہ سے آکر ٹکرائے تو یہ اپنے عمودی طیف یعنی اس نصف قطر کی طرف جھکے گی۔ جو مقام درود سے کھینچا جائے اور شعاع نور نئی سمت میں قرنیہ کے اندر گزرے گی۔ ہم اوپر بتا چکے ہیں کہ خزانہ مقدم کی رطوبت مانی کی قوت انعطافی قرنیہ کے برابر ہے۔ اس لئے یہ شعاع نور اپنی اسی سمت کو رطوبت مانی میں سے بھی گزر کر قائم رہے گی۔ یہاں تک کہ عدسہ جدید کی مقدم سطح سے جا کر ٹکرائے۔ مگر عدسہ کی قوت انعطافی رطوبت مانی اور قرنیہ سے زائد ہے۔ اس لئے اس میں سے گزرتے ہوئے شعاع اپنے محور کی طرف جھکے گی یعنی اس کا انعطاف اس محور کی طرف ہوگا جو قرنیہ اور عدسہ کا ہے۔

اس سے قبل ہم عدسہ میں دیکھ چکے ہیں کہ محدب عدسہ میں تمام متوازی شعاعیں گزر کر اسکا وسطی پمچتے ہوئی ہیں اس لئے نور کی متوازی شعاعیں قرنیہ پر گزریں تو وہ اس کے پیچھے ۲۲ ملی میٹر کے فاصلہ پر پمچتے ہو جائیں گی۔

شکل نمبر ۲۶



حال نظر آنکھ، متوازی شعاعیں شبکیہ پر مرکوز ہوتی ہیں

جب کسی نور جسم سے نور کی شعاعیں

باہر نکلتی ہیں تو وہ متبع ہو جاتی ہیں مگر جب منوجسم

بہت دور واقع ہو تو شعاعوں کے کسی اکٹھے

پہنچنے والے چھوٹے بنیڈل میں انفرادی شعاعیں

ایک دوسرے سے بہت زیادہ متبع نہیں ہوتیں

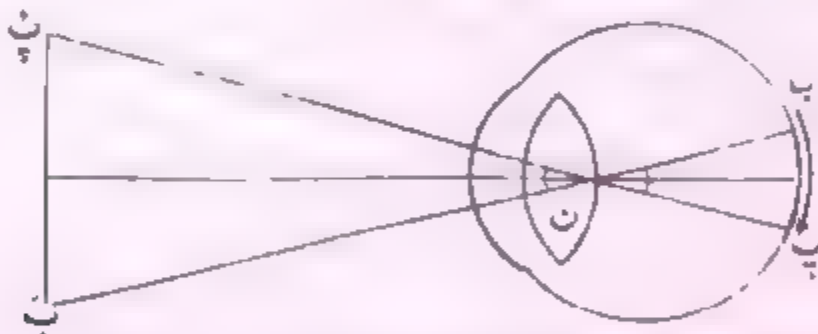
اس لئے ان شعاعوں کو اگر متوازی بھی مانا جائے

تو غلطی نہ ہوگی۔ عملی طور پر ہم ان شعاعوں کو متوازی ہی مانتے ہیں۔ یہی حال نور کی ان شعاعوں کا ہوتا ہے جو حد تو میں کے اندر نظر

ہوتی ہیں اس لئے ان شعاعوں کی بنی تفریق کے پیچھے ۲۳ ملی میٹر پر ایک نقطہ سک پر شبیہ واقع ہوتی ہے۔ دراصل بنی تفریق شبیہ کا تفریق سطح مقدم سے ہے۔ دوسرے الفاظ میں گویا بھی آئینہ سکن کی حالت میں یہی واقع ہوتی ہے کہ دور کی شیا کی شبیہ س کے اندر ٹھیک طبقہ شبکیہ پر جا کر بنتی ہے۔

آنکھ کے محور منظر (Optical Axis) کو گرچھے کی طرف برعائیں تو یہ ٹھیک طبقہ شبکیہ کے بعد مغربی کے خفیہ مرکزی پر جا کر پہنچتا ہے۔ اس لئے ہر شے کی شبیہ جو اس خط مستقیم پر واقع ہو درجہ محور منظر کی کو اگلی طرف پڑنے سے بنتی ہو۔ اس نقطہ مرکزی پر جا کر بنے گی جس کا اوپر ہم نے ذکر کیا ہے اور اس مقام پر رویت نہایت صاف ہوگی۔ مذکور بالا میں شبیہ ہر حالت میں ٹٹی ہوگی اور اس کی تحریک دماغ میں جا کر ترکیب نفسی کی وجہ سے اس کو چہرہ سیدھی کر دے گی۔

بابر کی ہشیر کی شبیہ کا حجم جی آسانی سے ہم معلوم کر سکتے ہیں۔ یعنی حد سے کی حد آنکھ کا ہی ایک مرکز منظر ہوتا ہے جس کو ہم (Nodal point) نقطہ تقاطع کہتے ہیں۔



شکل نمبر ۱

آنکھ کا مرکز منظر نقطہ تقاطع (نڈل پوائنٹ) زاویہ رویت و پر دنی شے اور
شبکیہ پر کی شبیہ کی نسبتی جسامت

یہ نقطہ انسانی آنکھ کے اندر حد سے طلبیہ کی نور سطح کے نزدیک محور منظر پر واقع ہوتا ہے اور جو شعاعیں اس نقطہ سے گذرتی ہیں ان کا انعطاف بالکل نہیں ہوتا۔ اب فضا میں اگر کوئی شے پ نڈل کے سامنے واقع ہو تو اس کی شبیہ کو معلوم کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ پ نڈل کے دونوں سروں سے دو لکیریں مرکز منظر تک کھینچی جائیں اور پھر دوسری طرف ان ہی لکیروں کو بڑھا کر شبکیہ تک پہنچایا جائے جس جہاں یہ دونوں لکیریں شبکیہ پر جا کر رکیں۔ ان دونوں نقطوں کا فاصلہ شبکیہ پر شبیہ ہوگا اور یہی گویا اس کی جسامت کو بتائے گا۔ ان دونوں خطوط کے درمیانی زاویہ پ نڈل کا نام زاویہ رویت ہوگا۔ دوسرے الفاظ میں وہ زاویہ جو کسی شے کے دوسروں سے خط کھینچ کر ان کو مرکز منظر تک لے جانے سے بنتا ہے اس کو زاویہ رویت (Visual Angle) کہتے ہیں۔

کوئی زیادہ پت ب درجہ کی شے کے دونوں سروں کو نقطہ تقاطع تک بڑھانے سے بنتا ہے۔

بعض کمزور میں جبکہ تکیہ بھی سے مختلف مقام پر واقع ہوتا ہے یعنی آنکھ کے اسکر سے نزدیک یا دور چھپے ہوئے پہلی

شکل نمبر ۳



بصری آنکھ - متوازی شعاعیں شبکیہ کے پیچھے جا کر ایک مرکز پر جمع ہوتی ہیں۔

شکل نمبر ۴



حالت میں جس سے دوسری میں آتے ہیں جو حق

ہوتا ہے دوسرے الفاظ میں طول بصری

آنکھ میں شعاعوں کو مرکز پر جمع ہونے کے لئے

کافی جگہ نہیں ملتی، اور قصر بصری حالت میں

کو ایک مرکز پر جمع ہو کر ہر شعاعیں قسع ہوتی

ہیں دونوں حالتوں میں شبکیہ پر صاف نہیں

ہوتی بلکہ جھدی اور خراب ہوتی ہے۔ طول بصر

دور بینی بصر (Hypermetropia)۔

قصر بصر کو، نظری (Myopia) کہلاتی ہے۔

(Emmetropia) -

قصر بصر والی آنکھ - متوازی شعاعیں شبکیہ سے پہلے ایک مرکز پر جمع ہو کر پھر
متع ہو جاتی ہیں۔

ہم جانتے ہیں کہ مناظریت میں ہم کسی
شعاع نور کو چہ نہ کسی راستہ پر روانہ کئے ہیں

جس پر اس نے س سے قبل سفر کیا ہو۔ دوسرے الفاظ میں اگر ہم یہ فرض کریں کہ بقیہ شبکیہ پر ایک منور مقام ہے جہاں سے شعاعیں
بہت زیادہ جلدیت ہیں تو انہیں شعاعیں ان میں سے عدسے کی موخر سطح سے جا کر گزرائیں گی۔ مذکورہ مثال میں ہم نے اسی طرف
سے حالت کو سمجھنے کی کوشش کی ہے جس کو ہم پہلے ایک اور طرح سمجھ چکے ہیں۔ کامل النظر آنکھ میں یہ شعاعیں اسی نقطہ
سے باہر نکلیں گی جس طرح ہم والی شعاعیں اس میں داخل ہو کر اندر آتی ہیں اسی طرح ان کی ہی حالت بقیہ شفاف اجسام میں
سے گذرنے پر بھی ہوگی یعنی جس طرح متوازی شعاعیں اندر داخل ہوتی ہیں ٹھیک ویسے ہی یہ متوازی ہو کر باہر نکلیں گی۔
اور جس طرح اندر آتے ہوئے متوازی شعاعیں شبکیہ پر مرکزی حیثیت سے جمع ہوتی ہیں۔ اسی طرح شبکیہ پر سے چلنے والی شعاعیں
بہر متوازی ہو جائیں گی۔

بہم فرض کریں کہ ایک آنکھوں جہز داں سے اپنی مموں سے زیادہ چھوٹی ہے۔ یہی آنکھ میں جب شش میں شبکیہ سے

پہل کر باہر نکلیں گی تو حد تک چونچنے میں

وہ اس قدر متباعد ہوئیں گی جس قدر کہ

کمال انظر آنکھ میں ہوتی ہیں۔ اس سے آنکھ

سے باہر نکلتے ہیں وہ متوازی ہونے کے بجائے

متباعد ہی ہوں گی۔ اور ان کی سمت یہی ہوگی

جیسا کہ اس شے جو آنکھ کے پیچھے کچھ فاصلہ پر

رکھی ہوئی ہو۔

شکل نمبر ۹



کمال جہز داں بہم شبکیہ کے اوپر کی روشنی سے متعلق ہیں۔ آنکھ سے باہر نکلتی

ہوں شش ہوتی ہیں۔ اور یہاں پر وہ شش کی روشنی میں تمام اس سے جو

آنکھ کے پیچھے واقع ہے۔ یہی ہے۔

جس قدر شبکیہ سے اس کے نزدیک ہوگا سی قدر زیادہ اتنا ع ان شعاعوں میں باہر نکلتے پر پیا جیسے کا۔ اور اسی قدر نزدیک

آنکھ کے پچھلی طرف وہ نقطہ ہوگا جہاں سے یہ شعاعیں آتی ہوئی معلوم ہوتی ہیں

آنکھ کے پیچھے اس فرضی نقطے کو ہم آنکھ کا نقطہ بعیدہ (Far point or-remot point) کہتے ہیں شبکیہ کا

نقطہ اور یہ خیالی نقطہ دونوں زوجی اسکے (Conjugate-Foci) کہلاتے ہیں۔

بہم فرض کرتے ہیں کہ ایک آنکھ قصر بصرہ والی جو مریضی حالت سے زیادہ لمبی ہے۔ یہی آنکھ سے جب شش میں شبکیہ سے

پہل کر باہر نکلیں گی تو حد تک چونچنے میں

بہ نسبت کمال انظر آنکھ کے بہت زیادہ متباعد ہوئیں گی

اور انوں جہز داں والی آنکھ کے مقابلہ میں اور بھی زیادہ

متباعد ہوں گی۔ مقابلہ کے لئے ایک محدب عدسہ

کے اس کے مرکز خصوصی سے دور ایک شے کو کہ

دیکھیں اس صورت میں انعطافی واسطے۔ ان

شعاعوں کو تباہت آئیں گی۔ کمال انظر آنکھ سے

زیادہ ایک دوسرے کی طرف جھکائیں گے۔ یا ایک مقام پر جمع کریں گے۔ اس سے آنکھ سے باہر نکلتے پڑے ایک دوسرے

قصر بصرہ والی آنکھ: بہ نسبت شبکیہ پر کوئی روشنی تمام فرض کریں وہ اس سے گزرتی ہیں۔

کو نکل رہی ہوں تو آنکھ سے نکلتے پڑے اس قدر قافی ہو جاتی ہیں۔ گو کہ وہ قرینہ سے آنکھ

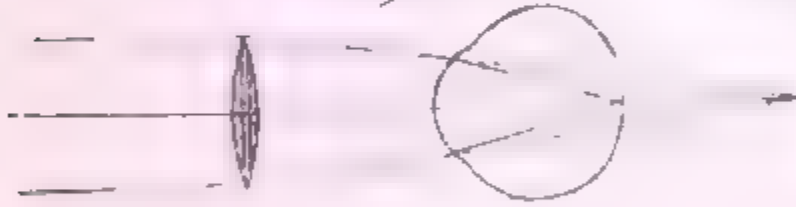
کی طرف کو مقام اس اپنا باہر مرکز بنا رہی ہیں۔

کی طرف جتنی ہوں گی دوائے کے ساتھ ایک تمام پخت ہو جائیں گی۔ شبکہ شبکیہ جس قدر مدد سے دور ہوگا اسی قدر زیادہ بصر کی شکایت لاحق ہوگی۔ ورنہ یہ قدر زیادہ یہ شعاعیں آنکھ سے بچنے کے بعد ایک دوسرے کی طرف جھکی ہوں گی نیز اسی قدر آنکھ سے زیادہ نزدیک یہ شعاعیں ایک تمام پر جمع ہوں گی۔ یہ تمام بھی شبکیہ کے اس مقام کے ساتھ جہاں سے شعاعیں جلتی ہوئی ہیں کی گئی ہیں۔ زوئی، سہل سے لگے۔ مگر اس حالت میں یہ نقطہ (Real) حقیقی ہوگا اس کو بھی جہاں آنکھ کا (Far point or remote point) نقطہ بعیدہ کہیں گے

اب سول یہ ہو کہ کمال، نقطہ آنکھ کا نقطہ بعیدہ کہاں ہوتا ہے؟ پہلی دونوں حالتوں میں یہ نقطہ اس مقام پر ہوتا ہے جہاں شعاعیں اندر سے نکل کر مجتمع ہوتی ہیں۔ کمال انقطاع آنکھ میں شعاعیں باہر نکل کر متوازی ہو جاتی ہیں۔ اس لئے اس آنکھ کا نقطہ بعیدہ لامتناہی فاصلہ پر ہوگا۔

مذکورہ بیان سے ظاہر ہے کہ گرم طول بصر والی آنکھ میں داخل ہوتی ہوئی شعاعوں کو کسی مذکورہ، استقامتی بنائیں تو یہ شبکیہ پر ایک جگہ جمع ہو کر باہر کی اشیا کی شبیہ صحیح بنائیں گی۔

شکل نمبر ۱۰



اس بات کو ہم آنکھ کے ساتھ محجب عدسہ رکھ کر پورا کر سکتے ہیں۔ اور عینک لگانے میں ہم یہ کرتے ہی ہیں۔ ایک عدسہ کی استقامتی طاقت اس کے طول واسطہ پر منحصر ہوتی ہے اس لئے ابتر دالے ہوں جہاں (۱) بصری طاقت واما محجب

طول بصر دی آنکھ :- متوازی شعاعوں کو ایک مناسب محجب عدسہ کے ذریعہ شبکیہ پر مرکوز کرنا۔

عدسہ لگایا جائے۔ اس عدسے کو آنکھ کے سامنے لگانے سے نور کی متوازی شعاعیں آنکھ کے پیچھے ایک میٹر پر یعنی آنکھ کے نقطہ بعیدہ پر مرکوز ہوں گی۔ ایسا عدسہ آنکھ کے انعطافی وسطوں سے مل کر نور کی متوازی شعاعوں کو شبکیہ پر جمع کر دیتا ہے۔ مگر چونکہ عدسہ کو ہم آنکھ کی قرینہ کے ساتھ لگا کر استعمال نہیں کر سکتے اس لئے اگر یہ عدسہ ۲۰ ملی میٹر آنکھ کے سامنے ہو تو اس کا مرکز گویا پیچھے کی نسبت ۲۰ ملی میٹر کم ہو جائے گا۔ ایک ہزار ملی میٹر میں کی غلطی کوئی بڑا فرق پیدا نہیں کرتی اور اس قدر حالت کو آنکھ خود اپنی عضل طاقت سے آسانی کے ساتھ درست کر لیتی ہے۔ اس لئے جس قدر طاقت کا عدسہ ضروری ہو اس کو آنکھ کے سامنے لگانے سے بنیائی صاف ہو جاتی ہے۔ علیٰ ہذا انقیاس قصر بصر میں اگر ہم آنکھ میں داخل ہونے

ساتھ ایک بائیکاٹ سورت بنایتا ہے جس طرح کہ ہم ایک دفنی کے اندر بائیکاٹ سورت بنائے گئے اس کے ذریعہ موم جی۔
شکر کی شبیہ اس سے قبل بنا کر دیکھ چکے ہیں۔

لوں بصریے مریض نہ دور کی شیا کو صاف طور پر دیکھ سکتے ہیں اور نہ نزدیک کی۔ کیوں کہ ان کا نقطہ بعیدہ گو۔
نقطی ہوتا ہے اور کوئی شے اس پر وہ رکھ کر دیکھ نہیں سکتے۔ مریضین طاققت تو فنیق کی وجہ سے قصر بصر والے مریضوں میں
فائدہ میں رہتے ہیں۔

ہم اس سے قبل بتا چکے ہیں کہ کامل نظر آنکھ سکون کی حالت میں صرف دور کی اشیاء کو صاف صاف دیکھ سکتی ہے کیونکہ
دور کی شیا سے آتی ہوئی نور کی شعاعیں متوزی طور پر آنکھ کے اندر داخل ہوتی ہیں۔ عملی کاموں میں ۲۰ فٹ سے زیادہ
کی شیا کی شبیہ شبیہ پر صاف پتی ہے۔

نکون حالت خواہ وہ کامل نظری کی ہو یا قصر بصری کی یا لوں بصری کی اس کو ہم آنکھ کا انعطاف کہتے ہیں چور کہ
یہ نام آنکھ کی سکونی حالت کو بیان کرتا ہے جس نے اس کا نام سکونی انعطاف یعنی (Static Refraction) بہرہ سے
گزشتہ صفحات میں ہم نے صرف ان انعطافی غیر طبیعی حالات کے متعلق بحث کی ہے جن کا تعلق آنکھ کے محور کی لمبائی یا
نہ ہونے سے ہی غیر طبیعی مبنائی کی حالت بھی دوسری وجہ سے بھی ہو سکتی ہے مثلاً قصر بصر والی آنکھ کے مختلف اشعار اسطور
کی انعطافی طاقت کے بہت تیز ہونے کی وجہ سے بھی پیدا ہو سکتی ہے اور اس صورت میں باوجودیکہ آنکھ کا محور طبیعی ہوتا ہے۔
چہرہ نور کی شعاعیں شبکیہ پر پونچنے سے قبل ہی جلتے ہو جاتی ہیں۔

آنکھ کی انعطافی طاقت کا کم یا زیادہ ہونا ذبوتوں پر منحصر ہے انعطافی دھڑکتا انعطافی (Fraction index)
نہ دہش ہو یا انعطافی ٹھوس کے انعطافی ذبوت ہو۔ ان حالتوں کو ہم میں غیر متبادل انعطافی آنکھ کہتے ہیں۔
۱۔ انعطافی صحیحہ بوجہ اختلاف تناسب انعطافی۔

(۲) نظر غیر صحیحہ بوجہ اختلاف انعطافی اسطور۔

نظر غیر صحیحہ بوجہ اختلاف تناسب انعطافی شادی، کیلکس میں آتی ہے مگر نظر غیر صحیحہ بوجہ اختلاف انعطافی اسطور کو حاصل محبت
حاصل ہوا یہ صرف اس وجہ سے نہیں کہ اس کے سبب قصر بصر ہوں جو بیلا تھکا پیدا ہوتا ہے بلکہ اس سے بھی زیادہ کلیف
جس کو ہم غیر سندو (Astigmatism) کہتے ہیں پیدا ہوتی ہے۔

عام طور پر صحیح و غیر صحیح نظروانی آنکھوں میں انعطافی دوسلوں کی وہ سختیاں جو عینیت سے انعطافی ہونی چاہتیں وہ جو بنیائی میں حصہ لیتی ہیں تقریباً کر دی ہوتی ہیں۔ مگر بعض صورتوں میں ایسا نہیں ہوتا اور ان میں سے بیشیہ صورتوں کے اندر قرنیہ کے اندر ہوتی ہے۔ اور یہ قرنیہ عمودی و افقی دونوں میں سے ایک کے زیادہ پانی جاتی ہو یعنی قرنیہ اوپر سے نیچے کی طرف عمودی طور پر نسبت اپنے افقی محور کے زیادہ چپٹی ہوتی ہے۔ تاہم دونوں رخا کر دی ہی ہوتے ہیں یعنی ایک انحناء دوسرے کی نسبت زیادہ کر دی (Spherical) ہوتا ہے یہ ہم یہ بھی کہہ سکتے ہیں کہ افقی رخا کا نصف قطر عمودی رخا کے نصف سے زیادہ ہوتا ہے۔ اس کی وجہ شاید یہ ہے کہ جہاں مثلاً میں کو اوپر دیکھتے ہیں اس کی وجہ سے رخا کا افقی نصف زیادہ چپٹی ہوتا ہے۔ اور عمودی حصہ کم تختی رہتا ہے۔

ایسی قرنیہ کا آنکھ کی قوت انعطافی پر کیا اثر ہوگا؟ ظاہر ہے کہ زیادہ کر دی حصہ میں سے نور کی شعاعیں نڈر کر بہ نسبت دوسرے کر دی حصے کے ایک دوسرے کی طرف زیادہ جھکیں گی اور نور کی بوشا میں افقی سطح سے منعطف ہوں گی ان سب کا انعطاف ایک سا ہوگا۔ اسی طرح جو عمودی سطح سے منعطف ہوں ان کا انعطاف بھی ایک سا ہوگا۔ مگر ان کو ایک مقام پر مجتمع ہو کر شبیہ صحیح نہ بنائیں گی۔ گویا ان کے مرکز دو ہوں گے اس سے شبیہ دو ہوں گی۔ ہند شبیہ پر صاف شبیہ کا پسیدا ہونا اس حالت میں ناممکن ہوگا۔ کیوں کہ خارجی شیا سے نور کی شعاعیں ایک مقام پر مجتمع نہیں ہوں گی اس حالت کو ہم نظر غیر مسدود (Astigmatism) کہتے ہیں۔

(۱) مذکورہ حالت میں یہ ممکن ہے کہ آنکھ میں طول بصر اور اس کے علاوہ قرنیہ کے رخا کی خرابی کی وجہ سے ایک طرف

یہ حالت طول بصری زیادہ اور دوسری طرف کم ہوں اس حالت کو ہم مرکب غیر مسدود دو طرف بصری (Compound Hypermetropic Astigmatism) کہتے ہیں۔

(۲) یہ بھی ممکن ہے کہ آنکھ میں تسہ بصر ہو اور اس کے علاوہ قرنیہ کے رخا کی خرابی۔ ایک طرف کے رخا میں قصر بصر ہو اور دوسری طرف کم اس حالت کو ہم مرکب غیر مسدود قصر بصری (Compound Myopic Astigmatism) کہتے ہیں۔

(۳) یہ بھی ممکن ہے کہ قرنیہ کے عمودی رخا میں تو کوئی خرابی نہ ہو یعنی وہ طبیعی حالت میں ہو مگر اس کا دوسرا رخا قصر بصر کی حالت میں ہو اس صورت میں ہم اس نقش کو بسیط غیر مسدود قصر بصری (Simple Myopic Astigmatism) کہیں گے۔

یہ بھی ممکن ہے کہ قرنیہ کے افقی یا عمودی رخا میں سے ایک طبیعی ہو اور دوسرے میں اس بصر کی حالت ہو اس حالت کو بسیط

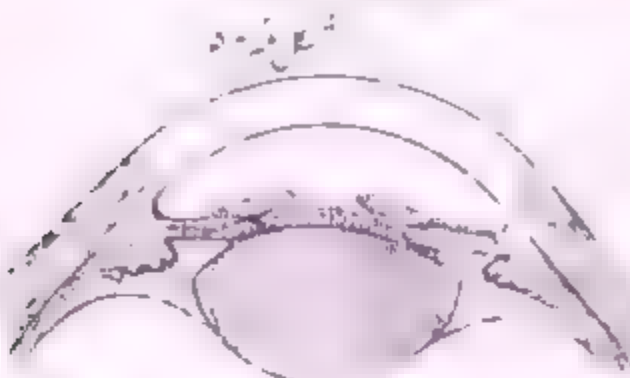
فیصدوں یعنی Simple Hypermetropia کہ جئے گا۔

طاقت توفیق ہم یہ سوچتے ہیں کہ طبی نگہداشت نفس و عین کس طرح دور اور نزدیک کی چیزوں کو صاف طور پر دیکھ سکتا ہے۔ تو ہم پہلے ہی بتائے ہیں کہ ذوق کی چیزیں جو بڑی فٹ سے زیادہ فاصلہ پر ہوں تو ان کی شبیہ طبقہ شبکیہ پر صاف بنتی ہے۔ کیوں کہ نور کی شعاعیں ان سے چل کر آنکھ کے اندر سوزی دھل جاتی ہیں اور یہ طبی مضمون جو پچاس سے کہ آنکھ کے شفاف وسطے میں مرتب ہیں کہ صرف متوازی شعاعیں شبکیہ پر جا کر باقی باقی جاتی ہیں۔ اب سوں یہ پیدا ہوتا ہے کہ اگر اس کی یہ وجہ ہے کہ دور کی چیزوں کے علاوہ نزدیک کی اشیاء کی شبیہ بھی شبکیہ پر صاف بنتی ہو اور طبی آنکھ میں ضرور ایسا ہی ہو کر کوئی شے آنکھ سے ۹ پانچ کے فاصلہ پر ہو تو یہ ظاہر ہے کہ جو شعاعیں اس سے چل کر آنکھ کے اندر داخل ہوتی ہیں وہ بہت زیادہ قسح ہوتی ہیں متوازی بالکل نہیں ہوتیں۔ اور طبی حالت میں آنکھ کی استقامتی قوت صرف متوازی شعاعوں کو شبکیہ پر جمع کر سکتی ہے اس لئے لازم آتا ہے کہ اگر آنکھ کی استقامتی قوت اور زیادہ عمل میں نہ آئے تو یہ شعاعیں شبکیہ سے پہلے جا کر ایک مرکز پر جمع ہوں گی مگر چونکہ طبقہ شبکیہ پر خارجی اشیاء کی شبیہ اب بھی صاف بنتی ہے۔ لہذا لامحالہ اس کا مطلب ہے کہ ہمیں یہ صلاحیت موجود ہو کہ بوقت ضرورت استقامتی قوت کو زیادہ کر سکے تاکہ مختلف فاصلوں سے خارجی اشیاء کی شبیہ شبکیہ پر صاف بنتی ہے۔ اس طاقت کو بس کی وجہ سے آنکھ میں قابل ہوتی ہے کہ مختلف فاصلہ کی اشیاء کو اچھی طرح صاف دیکھ سکے ہم طاقت توفیق (Power of Accommodation) کے نام سے موسوم کرتے ہیں اور یہی کے ذریعہ ہم اپنی استقامتی طاقت کو ضرورت کے لحاظ سے بڑھا سکتے ہیں۔ یہ بڑھاؤ یا گھٹاؤ نصف طبی حد تک ہو سکتا ہے یعنی سب سے زیادہ اور زیادہ کی ممکن نہیں۔

اس سے قبل ہم دیکھ چکے ہیں کہ محدب عدسہ کی انعطافی طاقت اس کے انعطافی تناسب و درجہ کی سطح کے انحراف پر منحصر ہوتی ہے۔ طاقت توفیق کے اثر سے مخرجہ کر تباہی عدسہ طبی میں رونما ہوتی ہے۔ سکون کی حالت میں عدسہ کی سطح باہر نکلتا ہے یا گھٹا کر دی ہوتا ہے۔ اس کی مقدمہ سطح کے انحراف کا نصف قطر اس کی دور و نزدیک کے انحراف کا نصف قطر ملتی ہے۔

طاقت توفیق کے عمل کے وقت عدسہ کی موخر سطح باہر نکلتا ہے یا گھٹا کر دی ہوتا ہے۔ مگر اس کی سطح کا انحراف بدلنا یہاں تک کہ جب طاقت توفیق پوری ہو کر رہ جاتی ہے تو اس کے انحراف کا بھی نصف قطر ملتی ہے۔ اس حالت کے

و یا کہ ان کی لفظی سمت قافیہ صحت سے پہلے ہوتی ہے۔ یعنی شعاع دور کو جاسے ان تین سبب زیادہ ہوگا۔
 مدد پر عبید یہ کہ مقدمہ سے کہنا کو زیادہ کرتے ہیں نہ کہ یہ اصل عمل پر مبنی ہوگا۔



دیکھ کر دیکھنے کے طریقہ قوت توجہ کے تعلق سے

مدد پر عبید یہ کہ قافیہ صحت سے پہلے ہوتی ہے۔ یعنی شعاع دور کو جاسے ان تین سبب زیادہ ہوگا۔
 مدد پر عبید یہ کہ قافیہ صحت سے پہلے ہوتی ہے۔ یعنی شعاع دور کو جاسے ان تین سبب زیادہ ہوگا۔

مدد پر عبید یہ کہ قافیہ صحت سے پہلے ہوتی ہے۔ یعنی شعاع دور کو جاسے ان تین سبب زیادہ ہوگا۔
 مدد پر عبید یہ کہ قافیہ صحت سے پہلے ہوتی ہے۔ یعنی شعاع دور کو جاسے ان تین سبب زیادہ ہوگا۔

بعض مصلحتوں سے قافیہ صحت سے پہلے ہوتی ہے۔ یعنی شعاع دور کو جاسے ان تین سبب زیادہ ہوگا۔
 مدد پر عبید یہ کہ قافیہ صحت سے پہلے ہوتی ہے۔ یعنی شعاع دور کو جاسے ان تین سبب زیادہ ہوگا۔
 مدد پر عبید یہ کہ قافیہ صحت سے پہلے ہوتی ہے۔ یعنی شعاع دور کو جاسے ان تین سبب زیادہ ہوگا۔

مدد پر عبید یہ کہ قافیہ صحت سے پہلے ہوتی ہے۔ یعنی شعاع دور کو جاسے ان تین سبب زیادہ ہوگا۔
 مدد پر عبید یہ کہ قافیہ صحت سے پہلے ہوتی ہے۔ یعنی شعاع دور کو جاسے ان تین سبب زیادہ ہوگا۔
 مدد پر عبید یہ کہ قافیہ صحت سے پہلے ہوتی ہے۔ یعنی شعاع دور کو جاسے ان تین سبب زیادہ ہوگا۔

۱۰۔ چشم عام طور پر ایک پچاس کے رت کو آنکھ کے نزدیک آہستہ آہستہ لاتے ہیں حتیٰ کہ ایک ایسا مقام آتا ہے جہاں اس کو ہم نہیں پڑھ سکتے۔ اس فاصلہ کو اپنی دس فیتہ یا سنٹی میٹر پچاس سے ناپ لیتے ہیں۔ اس مقام پر گویا طاقت تو فوئس کا عمل سب سے زیادہ ہوتا ہے۔ غلاف عدسی میں اس قدر ڈھیلہ ہو جاتا ہے جتنا اس کے لئے ممکن ہوتا ہے۔ اس کے بعد اگر ہم کسی شے یا ایک حرفوں کو پڑھنا چاہیں تو آنکھ کے سامنے محدب عدسہ لگانے کی ضرورت پیش آتی ہے۔ ورنہ اس کو صحیح طور پر صفات ^{دیکھنا} ممکن نہیں ہوتا۔

ہم یہ بتا چکے ہیں کہ آنکھ کا نقطہ بعیدہ (Far point) آنکھ کے سکونی انعطاف پر منحصر اور کامل النظر قصر بصر طول بصر والی آنکھوں کے لئے مختلف ہوتا ہے۔ آنکھ کا نقطہ قریب Near point بھی اس کے سکونی انعطاف پر منحصر ہوتا ہے۔ مگر عمر کے ساتھ بھی اس کا تعلق ہے اس کی وجہ یہ ہے کہ جوں جوں عمر بڑھتی ہے عدسہ جلدیہ کی ساخت بھی کسی حد تک سخت ہوتی جاتی ہے عدسہ جلدیہ کی ساخت بشری خلیات پر مشتمل ہے اور اس کا مرکزی حصہ جس کو ہم عدسی نوہ بھی کہتے ہیں سب سے زیادہ پُرانا ہوتا ہے عمر کے زیادہ ہونے پر مرکزی خلیات میں سختی زیادہ ہو جاتی ہے اور ان کے اوپر دباؤ زیادہ پڑتا ہے۔ اس وجہ سے عدسی نوہ عمر کے ساتھ جسم میں بڑھتا جاتا ہے اور سخت بھی ہوتا جاتا ہے۔

عدسہ کا قشری حصہ نوہ سے نرم ہوتا ہے مگر عمر کے بڑھنے کے ساتھ رفتہ رفتہ یہ بھی نوہ میں تبدیل ہوتا جاتا ہے۔ اس لئے عدسہ گویا اپنی خلائی تبدیلیوں کے ساتھ اپنی شکل نہیں بدل سکتا۔

دس برس کا بچہ اپنی آنکھ سے (۳۰) انچ سنٹی میٹر کے فاصلہ سے پڑھ سکتا ہے۔ تیس برس کا انسان ساٹھ پانچ انچ سے کم فاصلہ پر صفائی سے پڑھ نہیں سکتا۔

اس سے قبل ہم بتا چکے ہیں کہ محدب عدسہ کی انعطافی طاقت اس کے طول اس کے مطابق ہوتی ہے اگر ایک عدسہ کا طول اس کے سنٹی میٹر ہو تو اس کو ہم ابصریہ کی طاقت کا عدسہ کہتے ہیں۔ اگر پچاس ہو تو دو ابصریہ طاقت والا۔ علیٰ ہذا القیاس۔ یہ طریقہ ہم آنکھ کے سکونی اور عملی Static and dynamic انعطاف کے لئے استعمال کرتے ہیں۔

مثلاً قصر بصر والی آنکھ جس کا نقطہ بعیدہ سکونی حالت میں ایک میٹر آنکھ کے سامنے ہوا اس کو ہم ابصریہ قصر بصر کہتے ہیں علیٰ ہذا القیاس اگر طول بصر والی آنکھ کا نقطہ بعیدہ سکون کی حالت میں آنکھ کے پیچھے نصف میٹر ہو تو اس کو ہم ۲ ابصریہ طول ابصر کہیں گے۔ اسی طریقہ سے کامل النظر آنکھ جس کا نقطہ بعیدہ لامتناہیت پر ہوتا ہے سکون کی حالت میں اس میں کوئی انعطافی طاقت نہیں

ہوتی لامناہیت = لامناہیت

ی سوال عملی نقطہ Dynamic interaction پر منطبق کر کے ہم دیکھتے ہیں کہ دس برس کا بچہ جس کا نقطہ قریب آنکھ میٹر پر ہے اس کی انسانی طاقت تینا = ۸ بصیرت ہوگی، وہ تیس برس کا انسان جس کا نقطہ قریب آنکھ سے ۸ سنٹی میٹر پر ہے اس کی انسانی طاقت تینا = ۸ بصیرت ہوگی۔

مذکورہ اسوں کے مطابق ہم کو نہ صرف کامل النظر آنکھ کے قطر بصیر و طول بصیر والی آنکھ کی انسانی طاقت ہی معلوم ہو سکتی ہے۔
ذیل کے کٹکے سے ہم اس کہ ہمیشہ معلوم کر سکتے ہیں ۱ = پ۔ جس کا مطلب یہ ہے کہ طاقت توفیق کی حد، انعطاف عین جس عورت میں کہ عمل توفیق پورا برسر کار ہو۔

۱۔ طاقت توفیق کی حدود۔ پ یعنی نقطہ قریب کا فاصلہ جس۔ انسانی طاقت آنکھ کے سکون کے وقت مذکورہ کایہ کو ہم شاہوں کے ذریعہ بیان کرتے ہیں۔
دس برس کا کامل النظر بچہ جس کا نقطہ قریب = سنٹی میٹر۔ لہذا اس کی انسانی طاقت = تینا ہوگی۔
کامل النظر آنکھ کا سکونی انعطاف = لامناہیت یعنی لامناہیت۔
اس لئے طاقت توفیق کی حد = پ۔ س۔

$$= \frac{1}{2} - \frac{1}{125} = 0.008 = 8 \text{ mm بصیرت}$$

(۲) کامل النظر ایسی آنکھ جس کا نقطہ قریب ۱۲.۵ سنٹی میٹر ہو اس کی طاقت توفیق کی حد کیا ہوگی؟

$$1 = \text{پ۔ س یعنی}$$

$$1 = \frac{1}{125} - \frac{1}{\text{لامناہیت}} = 0.008 = 8 \text{ mm بصیرت}$$

(۳) ایک قصر بصر والی آنکھ جس میں قصر بصر ۲ بصیرت ہے اس کا نقطہ قریب سنٹی میٹر آنکھ کے سامنے واقع ہو تو اس کی طاقت توفیق کی حد کیا ہوگی۔ جبکہ سکونی انعطاف اس آنکھ کا ۲ بصیرت ہے۔

$$1 = \text{پ۔ س}$$

$$1 = \frac{1}{2} - \frac{1}{125} = 0.475 = 47.5 \text{ mm بصیرت}$$

(۴) ایک طول بصر والی آنکھ جس کا طول بصر ۲ بصیرت ہے اس کا نقطہ قریب ۲۵ سنٹی میٹر ہے تاہم اس کی طاقت توفیق

کی حد کیا ہوگی؟۔

یہی آنکھیں سنہ سیدہ مجازی اور آنکھ کے بچھ رہنے ہوتی ہیں اسے اس فاصلہ کا نشان بہت مثبت کے منفی ہوگا۔

نقشہ عمر میں سکونی اور زیادہ سے زیادہ غنی انعطاف کا نقشہ

$$\text{مثلاً } 1 = \frac{1}{0.75} - \frac{1}{3.00} = 3.00 \text{ م بصیرت}$$

اب ہم مختلف جدول میں آنکھ کے نقطہ تیز

کا منفی خط (Curve) پیش کرتے ہیں۔ اس کا مطالعہ کرنے سے معلوم ہوگا کہ کتنا وقت توفیق کی حد تمام عمر کم ہوتی رہتی ہے غموں پڑھنے کے لئے ہم کتاب کو آنکھ سے تقریباً دس انچ یا ۲۵ سنٹی میٹر کے فاصلہ پر رکھتے ہیں یا سینے پر رونے کا کام بھی اسی فاصلہ پر انجام دیتے ہیں۔ ۵۰ سنٹی میٹر پڑھنا طور پر دیکھنے کے لئے ہمارے لئے ۱۰۰ = ۳ م بصیرت کی طاقت والی طاقت توفیق کا استعمال ضروری ہے مذکورہ جدول سے معلوم ہوگا کہ کامل انظر آنکھ میں پالیس برس کی عمر پر صرف ۱۰ بصیرت

نقشہ میں بائیں طرف صفر کے نیچے کے بعد سے مندرجہ عدسوں کی طاقت اور منفرے اوپر کے سمت مثبت عدسوں کی طاقت کو بصیرت میں ظاہر کرتے ہیں۔ نقطہ کے اوپر کے سمت مختلف اثرات بتاتے ہیں۔

طاقت توفیق باقی رہ جاتی ہو گیا اب بھی وہ ۲۵ سنٹی میٹر فاصلہ سے آسانی کے ساتھ پڑھ سکتا ہے مگر اس سے نزدیک لکھ وہ پڑھنے کے قابل نہیں ہوتا۔ اب اس کی عمر اگر ۴۰ برس کی ہو تو اس کی آنکھ میں طاقت توفیق صرف ۳ بصیرت رہ جائے گی

یہ شخص کے لئے اب ۵۰ سنٹی میٹر کے فاصلے پر دیکھنا ذرا مشکل ہوگا۔ دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہے کہ پڑھنے کے لئے مانی ذرا اب ہو جائے گی۔ کتاب کا فاصلہ زیادہ کرنے سے وہ پھر صاف دیکھنے کے قابل ہوگا یعنی اب اس کتاب پر ۴۰ سنٹی میٹر فاصلے پر دیکھنا بڑے کی۔ اگر اس کی عمر اس سے بھی بڑی ہو تو اس فاصلہ کو اور بھی زیادہ کرنا ہوگا، یا اس کو پڑھنے کے لئے بڑے بڑے حروف والی کتاب پڑھنا ہوگی۔ ورنہ اس کو نہ پڑھنے پر قناعت کرنا ہوگی یہ حالت غیر محجوبہ Presbyopia کہلاتی ہے۔

مذکورہ بین سے ظاہر ہے کہ پڑھنے لکھنے سینے پر آنے کے سے یہ شخص اس کو کبھی ۴۰ بعد یہ سے زمرہ میں ایک لکھنے کی نہ رہتی ہوگی کیوں کہ ہر فیصلہ پر پڑھنے یا سینے پر ہونے کا کام کرتے ہیں اس کے بعد یہ ایک عادت نہیں کافی ہوتی ہے کیوں کہ ان نظر نگاہ نقطہ قریب پڑھنے کے فاصلے پر آنے کے سے ۴۰ بعد یہ عادت ہوتی ہے۔ ۴۰ بعد یہ شیخوہ (Simple presbyopia) کے واسطے عینک کے سے قاعدہ ۲۰۰ برس کی عمر کے بعد یہ پانچ سال کے سے بعد یہ عینک دی جائے گا یہ ساتھ برس تک ایسے شخص کو ۴۰ بعد یہ طاقت والی عینک دیکھا جائے گی۔

بعض طلب جب یہ خیال کرتے ہیں کہ کامل نظر انہوں میں بعد شیخوہ کو یہ ۴۰ برس کی عمر سے شروع ہوتی ہے اور طویل البصر و بوسٹ میں سے قبل شروع ہو جاتی ہے۔ مگر یہ خیال ان کا غلط ہے۔ بات دراصل یہ ہے کہ یہ حالت زندگی کی ابتدا ہی سے جاری رہتی ہے مگر تکلیف دہ اس وقت ہوتی ہے جب آنکھ کا نقطہ قریب اس قدر دور چلا جاتا ہے کہ اس مقام سے سنی کے ساتھ پڑھنا ناممکن ہو جاتا ہے۔

طاقت توفیق کے ساتھ دو عمل اور بھی برسر کار ہوتے ہیں۔ ان میں سے ایک کا تعلق عینیت سے ہے اور دوسرے کا آنکھ کے نور سے کسی نزدیک کے دیکھنے کے لئے ضروری ہے کہ دونوں آنکھیں اندر کی طرف دیکھیں اور ایک دوسرے کی طرف دیکھیں طاقت توفیق کی طرح استقامتی (Convergence) عمل بھی آنکھ سے اس شے کے فاصلے پر منحصر ہے کہ یہ طاقت استقامت اور طاقت توفیق کے درمیان گہرا تعلق ہے اور اسی تعلق کی وجہ سے ایک دوسرے کے لئے شریکی دیکھتے ہیں۔

نزدیک والی شے کی طرف دیکھنے میں حد قریب منعقب ہوتا ہے مختلف تجربات سے ثابت ہو چکا ہے کہ حد قریب کے انقباض کا تعلق زیادہ تر استقامتی قوت کے ساتھ ہے طاقت توفیق کے ساتھ نہیں۔ گویا حد قریب کی یہ حرکت شریکی فعل ہے جو عمل توفیق سے ساتھ حد قریب کے سکونے کی غایت یہ نہیں ہوتی کہ اس کے سبب نور کی بعض شعاعیں جو خیال کے صاف بننے کا وسیع پیدا کرتی ہیں وہ ایک جہاں کیوں کہ یہ مقصد تو عمل توفیق ہی سے حاصل ہو جاتا ہے۔ بلکہ اس کی غرض یہ ہوتی ہے کہ نزدیک کے فاصلے سے آنکھ کے اندر مختلف بیرونی اشیا سے کمروشنی داخل ہو مگر عینیت کا انقباض اس ضرورت سے زائد ہوتا ہے۔

آنکھ کے اندر عینیت کا وہی عمل ہوتا ہے جو دور بین یا عکسہ کے اندر جی ب کا جذبہ مرآۃ سے محکوس ہو کر دیکھتا حد قریب

عدسے سے گذر کر شعاعیں سب کی سب ایک جگہ مرکوز ہوتی ہیں۔ یہ کلیہ قاعدہ ان مشاہدوں کے لئے درست ہے جو عینیت کے نزدیک ہوتی ہیں۔ جذبہ سے گذر کر وہ توازی شعاعیں جو عینیت کے نزدیک ہیں اسکی پرتع ہوتی ہیں مگر محور سے دور شدہ شعاعیں

زیادہ انکھان کی وجہ سے دیرینہ صلی کے درمیانی فاصلہ پر جمع ہوتی ہیں اس کی وجہ سے شبیہ صاف نہیں بنتی۔ اس حجاب یا غیبیہ کا یہی مضرت ہے کہ جو سب سے دور ہوں یہ ان کو آئندہ کے اندر داخل ہی نہ ہونے لے اور اس طرح شبیہ کے صاف بننے میں مدد دے۔ آنکھ میں قرنیہ اپنے محاک کے پاس کر دی بھی نہیں ہوتا اور بعض اوقات اس کا سنہ مرکز کے نزدیک بھی پورا تو سی یا کر دی نہیں ہوتا۔ اس نے یہی صورتوں میں شبیہ کی صفائی میں فرق آنے کا بڑا خطرہ ہوتا ہے غیبیہ اس خطرہ کا پوری طرح ازالہ کر دیتا ہے۔ شبیہ کے صاف بننے کی ایک وجہ اور بھی ہے، یہ کہ شفاف وسلوں کی کر دی سطوح اپنے اندر سے شعاعوں کا انعطاف نامکمل طور پر کرتی ہیں سفید روشنی ہم جانتے ہیں کہ سات رنگوں سے مل کر بنتی ہے اور ان مختلف رنگوں میں سے ہر ایک کا انعطاف مختلف ہوتا ہے مثلاً بنفشی رنگ کا سب سے زیادہ اور سرخ کا سب سے کم۔ اس لئے سفید روشنی بعض اوقات اپنے مختلف رنگوں میں منقسم ہو جاتی ہے جس کی وجہ سے حیاں کے کنارے رنگین ہوتے ہیں اس حالت کو ہم "لونی فلل انعطافی chromatic aberration" کہتے ہیں۔ جب آنکھ کے اندر روشنی داخل ہوتی ہے اور شبکیہ پر پڑتی ہے تو حد قد عین منقبض ہو جاتا ہے۔ اوپر ہم بیان کر چکے ہیں کہ توفیقی عمل کے وقت جب آنکھیں ایک دوسرے کی طرف جھکی ہیں تو بھی حد قد عین منقبض ہوتا ہے۔

اگر جسم کے کسی حصہ کی جلد کو ٹپکی لیں تو حد قد عین منقبض ہو جاتا ہے۔ اسی طرح اگر کسی حسی عصب میں اس قدر تحریک بچاؤ کر دو پیدا ہو جائے تو بھی حد قد عین منقبض ہو جاتا ہے۔

مختلف تحریکات کے جواب میں حد قد عین کے یہ فعال نہایت سریع ہوتے ہیں اور ہم آسانی سے ان کا مطالعہ کر سکتے ہیں۔ جب حد قد عین کا رد عمل مرضی وجہ سے تبدیل ہو جائے تو اس کے ذریعہ ہم کو ان عصبی رستوں کے متعلق معلومات حاصل ہوتی ہیں جن پر ان تحریکات اور تفاعل کے احکام سفر کرتے ہیں۔ یہ راستے اگرچہ کسی حد تک نہایت پیچیدہ ہوتے ہیں مگر ان کا سمجھنا نہایت ضروری ہے۔

طبعی حالات میں جب کہ دونوں آنکھوں پر روشنی یکساں پڑ رہی ہو اس کا خاص خیال رکھنا چاہئے تو حد قد عین دونوں آنکھوں میں ایک سا ہونا چاہئے طبعی حالات میں دونوں حد قد عین شاذ و نادر ایک دوسرے سے مختلف ہو سکتے ہیں اگر ایسا ہو تو ہر ممکن مرضی حالت کے لئے معائنہ کر کے تشفی حاصل کرنے کے بعد اس کو مخصوص اور ذاتی کہنا جائز ہو گا لیکن اگر ایک آنکھ کی آنکھوں میں دونوں طرف روشنی یکساں نہ ہو تو دونوں حد قد عین میں اختلاف ضرور ہوتا ہے۔ حد قد عین سن رسیدہ اشخاص میں جوانوں کی نسبت کم ہوتا ہے یہاں تک کہ بعض اوقات صرف آپس کی لوک کی طرح

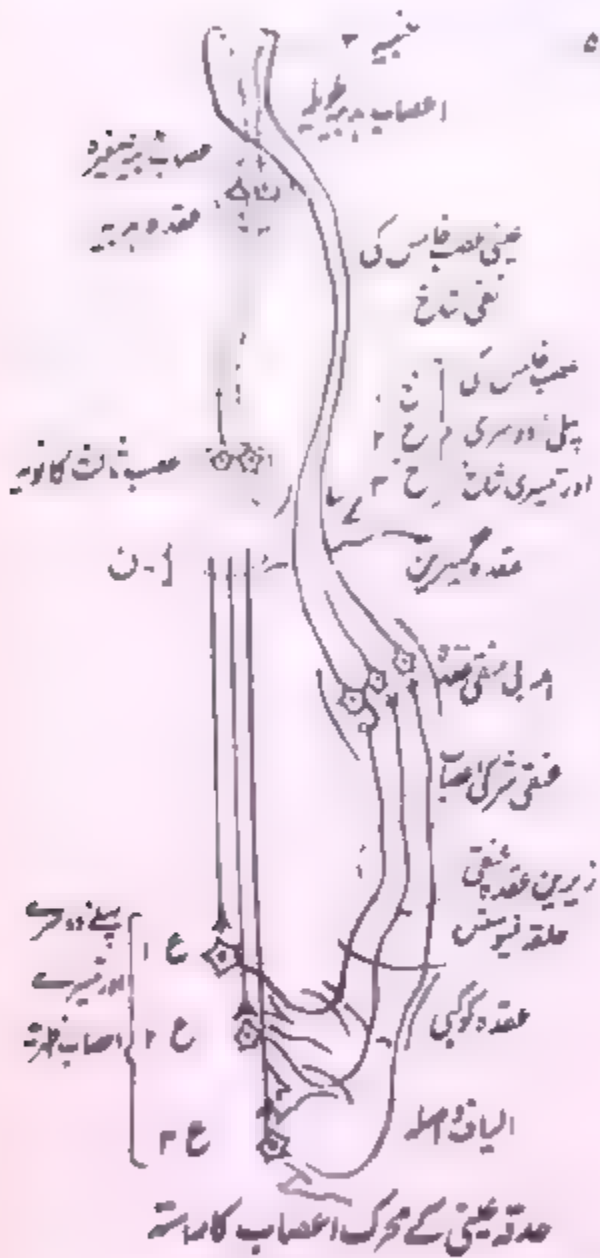
باریک دکھائی دیتا ہے۔

طول بصر والی آنکھوں میں تنگ۔ اور قصر بصر والی آنکھوں میں نسبتاً پھید ہوتا ہے۔ میلی آنکھوں میں جوڑی آنکھوں

سے زیادہ چھوٹا ہوتا ہے۔ ان سب اختلافات کے وجہ سے متیقن نہیں ہوں گے ان کا نظر انداز کرنا مناسب ہے ہم پہلے بتا چکے ہیں کہ حد و عین کا تفاعل ایک تو روشنی کی تحریک سے دوسرے حسی تحریک سے جو ایک دوسرے کے متضاد ہیں رونما ہوتا ہے۔ روشنی میں انقباض اور چٹکی لینے سے انبساط پیدا ہوتا ہے۔ طبعی صدقہ عین کی حالت کو ان دونوں کے درمیان سمجھنا چاہئے عضلات عینی کے محرک اعصاب کا نظام منبہل ہوتا ہے۔ عنبیہ کے عضلات قابض کو عصب جمجی ثالث اپنے الیاف دیتا ہے۔ قابض الیاف گویا قناتہ سلفیوس

(Aqueduct of sylvius) کے فرش میں زیر ثالث کے مقدم حصہ سے شروع ہوتے ہیں جو وسط دماغ میں سے گذر کر بحر تک عصب ثالث کے بنیڈل میں چلے جاتے ہیں۔ یہاں سے یہ الیاف اس عصبی شاخ میں شامل ہو جاتے ہیں۔ جو زیرین عضلہ موربہ میں محرک الیاف آتی ہے۔ اور یہاں سے ایک چھوٹی شاخ کے ذریعہ عقدہ ہریہ میں جا کر ملتے ہیں۔ وہاں سے ہدی اعصاب صغیرہ

کے ذریعہ آنکھ تک پہنچتے ہیں اور صلبیہ کو عصب باہر کے گرد چھید کر یہ اندر داخل ہو جاتے ہیں۔ اس مقام پر عصبی الیاف شریان ہریہ صغیرہ کے ساتھ ہوتے ہیں۔ یہ الیاف شیمہ نیم گہریں سے ہوتے ہوئے عنبیہ کے اندر داخل ہوتے ہیں۔



نقطہ داخلہ قابض صدقہ الیاف کے راستہ کو ظاہر کرتے ہیں۔

خط والی لکیریں باسط صدقہ الیاف کو ظاہر کرتی ہیں۔

ان شاخ کے اندر خیال رکھنا صدقہ (ن کے تعلق پر ابھرتے ہیں) خیالی ہونا چاہئے۔

اس مقام پر عصبی الیاف شریان ہریہ صغیرہ کے ساتھ ہوتے ہیں۔ یہ الیاف شیمہ نیم گہریں سے ہوتے ہوئے عنبیہ کے اندر داخل ہوتے ہیں۔

طرف یعنی دائیں طرف سے بائیں طرف اور بائیں طرف سے دائیں طرف چلتے جاتے ہیں اس کے بعد یہ ریاضات طریق بصری میں شامل ہوتے ہیں۔ یہ حقیقت ہے کہ بینائی والے ایات بائیں نغنی نویہ کے اندر داخل ہیں جوتے بلکہ اس سے الگ ہو کر نامعلوم رستے سے ڈیڑھ کے اندر داخل ہو جاتے ہیں۔

مرکز انقباضی ہر آن جنیہ کی طرف تحریکات کا سلسلہ جاری رہتا ہے۔ اسی لئے حد قدیم میں کسی حد تک منقبض رہتا ہے اگر ایک آنکھ کے شبکیہ پر روشنی پڑے تو حد قدیم میں سکڑتا ہے۔ اس کو انکاس نوری بلا واسطہ کہتے ہیں، مگر ساتھ ہی اس کے دوسری آنکھ کا حد قدیم میں سکڑتا ہے یہ شرکی انکاس نوری بلا واسطہ (Concensual Light Reflex) کہلاتا ہے۔ اس کا معائنہ ہمیشہ کرنا ضروری ہے۔ کیوں کہ اس کی وجہ سے جو علم حاصل ہوتا ہے دوسرے انکاس سے نہیں ہوتا۔ مثلاً اگر عصب بائیں طرف کوئی سہ ہو تو اس طرف کی آنکھ کے حد قدیم میں نوری انکاس بلا واسطہ غائب ہوگا۔ مگر ہم دوسری آنکھ کو نوری انکاس بلا واسطہ شرکی کے ذریعہ محسوس کر لیں گے کہ حد قدیم میں انکاس موجود ہے یا نہیں جس سے یہ نتیجہ نکلے گا کہ بائیں طرف میں سہ ہونے کے باوجود بھی اس کا اثر ایات قابضہ پر نہیں۔ دوسرے الفاظ میں اس کا مفہوم یہ ہے کہ زیرین عضلہ مورہ (Inferior oblique) کے احصاب اور ہر ہر احصاب بغیرہ صحیح نہیں۔ ہمارے خیال میں شرکی انکاس کا عمل ان ایات سے رونما ہوتا ہے جو دونوں مراکز انقباض کو مثلث نویہ کے اندر ایک دوسرے سے ملاتے ہیں۔

حد قدیم میں انقباض پیدا کرنے کے لئے حسی تحریک کو دماغ کی طرف لے جانے والے ایات میں سے کچھ تقاطع بصری کے اندر ایک طرف سے دوسری طرف چلے جاتے ہیں۔

اگر کوئی بیماری طریق بصری میں موجود ہو جس کی وجہ سے عصبی ایات ماؤٹ ہوں تو ماہر ویزٹ کا نصف یعنی حد قدیم رد عمل (Hemianopic pupillary reaction) رونما ہوتا ہے۔ اس لئے یہ رد عمل اگر پیدا کیا جاسکے تو اس کے معنی یہ ہوں گے کہ طریق بصری ماؤٹ ہے۔ ایک آنکھ میں نفی اور دوسری آنکھ میں صدغی حصہ شبکیہ کا روشنی کی تحریک کو محسوس کرنے سے قاصر ہے گا۔ اگر روشنی آنکھ کے اندر ان مقامات پر ڈالی جائے تو حد قدیم میں انقباض نہ ہوگا۔ لیکن ان حصص کے علاوہ دوسرے مقامات پر روشنی ڈالنے سے انقباض حد قدیم پیدا ہوگا۔

نوری انکاس سے حسی انکاس (Sensory reflex) زیادہ پیچیدہ ہوتا ہے۔ کیوں کہ طبی حالات میں اس کی انجام دہی سے مراکز انقباضی دونوں کا تعلق ہوتا ہے۔ یہ تجربہ سے ثابت ہو چکا ہے کہ حسی تحریک سے پہلے نوری انقباض

دماغ کے رقبے میں بیضاویات میں خوب ہوتی ہے جن کو رستہ منحنی شریک اعصاب سے ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ رقبہ سی یافٹ میں پچھلے دیر کے ارتعاشات کا بھاریک ہوتا ہے۔ مذکورہ انکسارات کے علاوہ مددین کے دوسرے انعکاس بھی ہوتے ہیں۔ مثلاً غلیانی و غیرہ جن کے تعلق ہم اس مقام پر زیادہ بحث نہیں کرنا چاہتے۔

آئینہ کے اندر داخل ہوتی ہوئی روشنی کی مقدار کو کم و زیادہ کرتے وقت ہم مددین کا معائنہ غور سے کریں تو معلوم ہوگا کہ مددین پہلے مستقیم ہوتا ہے اور اس کے بعد کسی حد تک ارتعاش (Oscillation) بھی اس میں رونما ہوتا ہے اور آخر کار متعین حالت میں قائم ہو جاتا ہے۔ یہ انقباض پہلی روانقباض سے کسی قدر کم ہوتا ہے۔ گویا نوری تحریک سے انقباض پہلے پہل اپنی حد سے بڑھ جاتا ہے، اور کچھ دیر کے بعد اپنے اصلی مقام پر واپس چلا آتا ہے۔

غیر متعین حالت میں اس سے زیادہ ارتعاش کی دو حالتیں ملتی ہیں۔ ایک حالت میں یہ ارتعاش بہت زیادہ نمایاں ہوتا ہے اور ہم اس کو دیکھ سکتے ہیں۔ اور یہ آنکھ میں روشنی کی مقدار داخل ہونے سے تعلق نہیں رکھتا اس کو ہم (Hippus) کہتے ہیں۔ اس کی حقیقت نامعلوم ہے۔ ہمارا خیال ہے کہ بعضی مراکز میں باقاعدہ رہ رہ کر تحریکات کا ہونا اس کا باعث ہو گا۔ اس کا تعلق اطراف جسم سے نہیں ہے۔

دوسری حالت وہ ہے جس میں روشنی کے ٹکارتا عمل سے بھی حدتہ کا انقباض پورا قائم نہیں رہتا بلکہ روشنی کی مقدار بڑھانے سے مددین کستی سے متعین ہوتا ہے۔ اور روشنی اتنی تیز آنکھ میں پڑنے کے باوجود یہ آہستہ آہستہ منبسط ہونا شروع ہوتا ہے یا اس یک کستی کے ساتھ ارتعاش شروع ہو جاتا ہے۔

یہ ایک مضمی حالت ہے جس کی وجہ سے حسی ایلیف خصوصاً عصب یا جبرہ کے اندر تحریک کا گزر کم ہو جاتا ہے۔ معالجات چشم میں مختلف ادویہ مددین کے انقباض اور طاقت توفیق کے استرخا کی غرض سے استعمال کی جاتی ہیں اس لئے اس امر کا جاننا نہایت ضروری ہے کہ ان ادویہ کا عمل کیوں کرتا ہے۔ وہ دو ہیں جو حدتہ کو منبسط کرتی ہیں ان کو ہم ناشر حدتہ (Mydriatics) کہتے ہیں جو حدتہ کو بکثرت سے دلی ہیں وہ قابض حدتہ (Miotics) کہلاتی ہیں۔

جو دو میں طاقت توفیق کو بطلان دیتی ہیں ان کو ہم سترخی عضلہ جبرہ Cycloplegics کہتے ہیں تمام دو ادویہ جو حدتہ کو منبسط کرتی ہیں وہ طاقت توفیق کو بھی کم نہیں کرتی ہیں۔ برعکس اس امر کی کوشش کی ہے کہ ایسی دو ادویہ معلوم ہو جائیں جو صرف حدتہ کو منبسط کریں۔ ان کا کوئی اثر طاقت توفیق پر نہ ہو لیکن اس میں کامیابی نہیں ہوئی۔

اس کا فخر اثر عصب خاص کی شاخوں کے سروں پر جو قریب اور غیبیہ میں اگر ختم ہوتے ہیں رونما ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ شرکی اعصاب جو غیبیہ کے عضلہ باسط میں آتے ہیں۔ کوکین ان میں ترکی

کوکین (Cocain)

پیدا کر کے حد قہر کا سترنا اس سے پیدا نہیں ہوتا۔ لہذا اس کے استعمال سے حد عین کا انبساط کسی تک ہوتا ہے اور اس کے بہت دیر تک استعمال کرنے کے باوجود حد عین میں روشنی کے شرکی نمکاسی رد عمل باقی رہتا ہے۔ اس دوا کو شرکی اعصاب کا سترنا معلوم کرنے کے لئے بھی استعمال کرتے ہیں۔ اگر شرکی عصب سترخی ہو تو کوکین کے استعمال سے حد عین منبسط نہیں

اقبض حد قہر اور عین میں سے زیادہ نوثر دوا ہے۔ غیبیہ کے عضلہ قابضہ کے نذر عصب ثلث کے الیاف میں اور ن کے علاوہ عضلہ ہربی کے اندر بھی اسی عصب کی شاخوں میں

ایسیرین یا فیسو سٹلگمین
Physo stigmin - Eserin

پیدا کرتی ہے گویا یہ دوا اپنے عمل میں ایروپن کی ضد ہے۔ مگر باوجود اس کے ایروپن کے اثر کو زائل نہیں کر سکتی لیکن ہومو پتھریک و کوکین کے اثر کو زائل کر دیتی ہے۔

ان حقائق کو ذہن نشین کرنا ہر معالج چشم کے لئے اشد ضروری ہے۔ بمقابلہ کوکین کے ایسیرین کا استعمال اگر عصب ثلث کے کاتھینے کے بعد کیا جائے تو حد قہر اس کا انقباضی فعل نہیں ہوگا۔

مگر کے اندر ایسیرین کا محلول ڈالنے سے دوسری تمام قابض حد قہر دواؤں کے خلاف یہ محلول آنکھ میں لگتا ہے اور بہت اطمینان رونما ہوتا ہے اس کے عمل کے وقت سر میں درد ہوتا ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ آنکھ کو کوئی کھینچ رہا ہے۔ یہ کیفیت اگر حد تک بڑھ جاتی ہے کہ مریض تے کر دیتا ہے۔ مگر کیفیت عصبی مزاج لوگوں میں اور دوا کے زیادہ استعمال کرنے سے پیدا ہوتی ہے۔ اس لئے اس کا استعمال احتیاط سے کریں نہ بہت زیادہ طاقتور محلول استعمال کریں اور نہ زیادہ مرتبہ اس کو آنکھ میں ڈالیں نصف فی صد یا پانی صدی محلول کافی ہوتا ہے۔ ایسیرین کے اثر کے ماتحت حد عین پانچ منٹ میں منقبض ہونا شروع ہوتا ہے اور عضلہ ہربی کا انقباض بھی اسی قدر دیر میں رونما ہوتا ہے اس کا پورا عمل ۲۰ سے ۵۵ منٹ میں ہوتا ہے۔ طاقت کو توفیق پر اس کا اثر صرف ایک یا دو گھنٹے تک باقی رہتا ہے مگر یہ حد عین پر دو یا تین روز تک قائم رہتا ہے۔

ایسیرین کے مشابہ ہوتا ہے مگر اس سے کم عصب ثلث کی خراش کی وجہ سے اگر حد عین سکا ہو تو روشنی طاقت توفیق اور ایسیرین کے عمل سے اور زیادہ سکا جاتا ہے اور ایروپن کے اثر سے

پیسو کارپین
Pilo carpin

منبسط ہو جاتا ہے۔

ستر خالی انقباض حد و جو شرکی اعصاب کے ستر خا سے پیدا ہو وہ روشنی طاقت تو فیس اور اسیرین کے عمل سے اور بھی بڑھ جاتا ہے۔ اور اثر و مین کے اثر سے اس میں نہایت خفیف انقباض ہوتا ہے۔ بالکل نہیں ہوتا۔

تشبیہی انقباض حد کی صورت میں روشنی طاقت تو فیس اور اسیرین کا عمل انقباضی ہوتا ہے۔ مگر ستر خالی انقباض حد میں روشنی طاقت تو فیس اور اسیرین کے عمل سے کوئی رد عمل پیدا نہیں ہوتا۔ یہ نہایت ہی خفیف رد عمل پیدا ہوتا ہے۔

ایڈریلین (خلاصہ کلاماً) | بالقراس کے مادہ انقباض کی صورت میں انقباضی پیدا کرتا ہے۔ ایک نلکہ میں اس کا مصلول جس کی طاقت ایک ہزار میں ایک ہو چکا ہے۔ وہ پانچ فٹ کے بعد پھر ڈان چاہئے۔ آدھ گھنٹے کے بعد انقباض رونما ہوتا ہے۔ حد و عموماً بیضاوی ہوتا ہے۔

Adrenalin

احساس بصارت | جب نور کی شعاعیں طبقہ شبکیہ پر پڑتی ہیں تو حسی اعصاب کی شاخوں کے سر میں تحریک پیدا ہوتی ہے۔ جس طرح ہم ہاتھوں سے کسی چیز کو چھوتے ہیں تو لمس کا احساس ہوتا ہے۔ اسی طرح شبکیہ کے اعصاب کی تحریک سے بصارت کا احساس ہوتا ہے جب کوئی تحریک ایسی عضو طرفانی کے اندر تبدیلیاں پیدا کرتی ہے تو اس کی وجہ سے حسی الیاف میں تحریک پیدا ہو کر دماغ تک پہنچتی ہے اور مختلف احساسات میں اس کا تجزیہ ہوتا ہے۔ ان سب کا سمجھنا کسی حد تک آسان ہے مگر بصارت کے عصبی نظام میں یہ عمل بہت پیچیدہ ہوتا ہے۔ اس لئے اس کا سمجھنا اور ذکر ہونی چیزوں کی طرح آسان نہیں۔ سب سے پہلے ہم ان تبدیلیوں کو ذکر کرتے ہیں جو عضو طرفانی کے اندر رونما ہوتی ہیں شبکیہ پر پڑنے والی روشنی کے کم از کم چار اثرات ہوتے ہیں۔

(۱) شبکیہ کے سدس اضلاع والے بشری خلیات کی تلوین (Pigment) خلیاتی اجسام سے ہٹ کر ان زوئیں میں مل جاتی ہے جو اجسام مخروطی و عصبی کے درمیان واقع ہوتے ہیں۔

(۲) اجسام مخروطی حجم میں چھوٹے ہو جاتے ہیں۔ مذکورہ دونوں اثرات آہستہ آہستہ رونما ہوتے ہیں ان دونوں خفاں کی وجہ سے شبکیہ لطیف شمسی کے بغضتی جانب کے رنگوں کے لئے باعتبار سرخ جانب کے رنگوں کے زیادہ حساس ہوتا ہے۔ یہ دونوں خفاں شرکی اور بلا واسطہ ہوتے ہیں۔ ایک آنکھ کے طبقہ شبکیہ پر روشنی پڑنے سے دوسری آنکھ میں بھی یہ تبدیلیاں رونما ہوتی ہیں خواہ دوسری آنکھ کو اندھیرے ہی میں کیوں نہ رکھا جائے۔

(۳) روشنی کے عمل سے بصارت کا ارغوانی رنگ (Visual purple) زائل ہو جاتا ہے۔ اور اس طرح گویا شبکیہ

پر ایک فوٹو گراف کی شکل بنتی ہے

اس کی شکل کے اندر سے یہ بھی دیکھا جاتا ہے کہ ایک دماغ کی طرف سفر کرتی ہے۔
 یہ تین قسم کے ہیں۔ ۱۔ فوٹو ریسیپشن ۲۔ فوٹو کنکریٹ ۳۔ فوٹو کنکریٹ

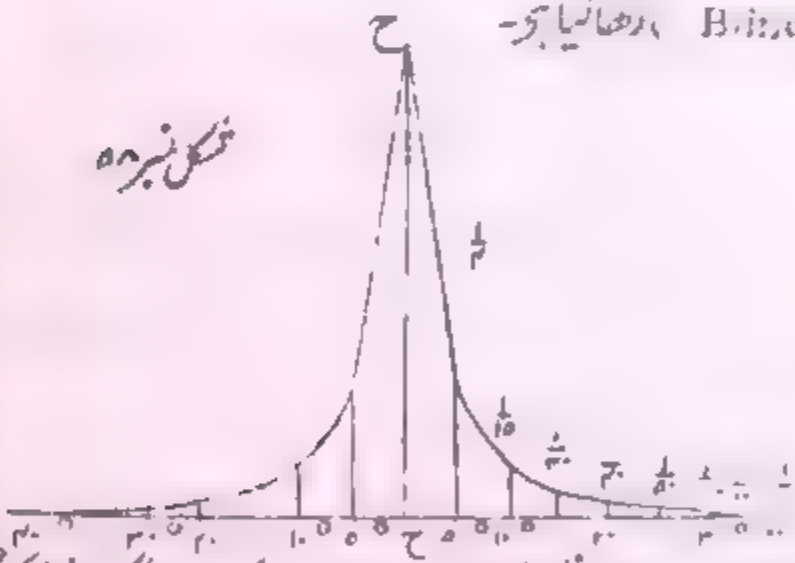
۱۔ فوٹو ریسیپشن (Color-sense) ۲۔ فوٹو کنکریٹ (Color-sense) ۳۔ فوٹو کنکریٹ (Color-sense)

ان میں سے کوئی ایک سب سے زیادہ اہم ہے۔ اب ہم ان کو سمجھنے کی کوشش کرتے ہیں کہ یہ فی نفسہ کیا ہیں۔

یہ دو حالتیں ہیں۔ ۱۔ فوٹو ریسیپشن ۲۔ فوٹو کنکریٹ ۳۔ فوٹو کنکریٹ
 تیزی و تیرگی کے اعتبار سے چھانٹتے ہیں۔ اگر مختلف ذرات کے عروق دوسری کا سایہ اجسام مخروطی و مخروط
 پر ڈالیں تو ہم اس نتیجہ پر پہنچیں گے کہ عین شری نطریات ہی انکے کے اندر بنیاتی کا کام دیتے ہیں۔

اسی وقت میں ہر ایک کی صورت میں یہی ہے۔ اس کی تمام خصوصیات و مخروطی Rods and cones ہیں۔
 پیدا کرتی ہیں جس کی وجہ سے فوٹو ریسیپشن ہوتا ہے۔ اسی سے فوٹو کنکریٹ پر پڑنے والی شعاعوں کی بجائے کوئی اثر پیدا
 نہیں ہوتا ہے۔ اس کو Blind spot کہتے ہیں۔

شکل نمبر ۵



شکل کے اندر مختلف مقامات پر حساس شکل کی تیزی مختلف ہوتی ہے جس کی اس ڈیگرام میں ظاہر کیا گیا ہے۔

رح، حیوان مرکزی شکل کے اندر نفی کیلئے مرکز کے دونوں طرف دائیں اور بائیں شکل کے لیے
 حساس ہوتا ہے۔ اس کی فوٹو ریسیپشن کے مختلف مقامات پر بصارت کی تیزی کو ظاہر کرتی ہے۔ حیوان مرکزی سے
 حیوان پر کوئی بھی فوٹو دیا جاتا ہے اس کی فوٹو ریسیپشن کے مختلف مقامات پر بصارت کی تیزی کو ظاہر کرتی ہے۔ حیوان مرکزی سے
 ماہرین نے فوٹو ریسیپشن کے مختلف مقامات پر بصارت کی تیزی کو ظاہر کرتی ہے۔ اس نے فوٹو ریسیپشن کے مختلف مقامات پر بصارت کی تیزی کو ظاہر کرتی ہے۔

اگر شبکیہ پر وارد ہونے والی
 روشنی کی شعاعوں کی تیزی کو ہم
 کم کرتے جائیں تو ایک وقت ایسا
 آئے گا کہ آنکھ روشنی کو بالکل
 محسوس نہ کرے گی اس کو قفل پوری
 Light minimum کہتے ہیں
 میں اس کا انحصار زیادہ تر روشنی
 کی اس مقدار پر ہوتا ہے جو شاہد ہے
 پہلے آنکھ کے اندر داخل ہو رہی ہو
 یہ رفتار کا تجربہ ہے کہ اگر ہم زیادہ

روشنی سے ذرا کم روشنی دے کر وہ میں جائیں تو اندر کی اشیاء کو دیکھ سکیں، اعلیٰ اعلیٰ نہیں دیکھ سکیں، یہ سب اس سے
ماحول کا عادی ہونا پڑتا ہے۔

اسی لئے اقل نوری مختلف حالات میں مختلف ہوتا ہے، اس کو ذہن نشین کرنا ضروری ہے جو صحیح طور پر اقل نوری
معلوم کرنے کے لئے پہلے ضروری ہے کہ کتنی دیر کے لئے اندھیرے میں رہا ہو، اس سے اس میں دیکھتی ہے اور اقل
معاہدین تشخیص علیٰ اس کو نظر انداز کر جاتے ہیں، مگر بعض اوقات اقل نوری بہت دور سے مقصد کے بہت کم ہوتا ہے۔
اقل نوری معلوم کرنے کے بعد اگر روشنی بتدیج بڑھانی ہے تو بعد اس سے دور کے اندر روشنی کا بڑھنا یا کم ہونا سانی
محسوس کر سکتے ہیں اس کو عملی طور پر معلوم کرنے کے لئے بہتر ہے کہ بعض کی نگاہ کے سامنے دو درجے ایسے ہوں جن میں ایک لی روشنی
کم اور دوسرے کی زیادہ ہوتا کہ انکے ان دونوں کو علیحدہ علیحدہ تیز کر سکتے ہیں۔ اس مصنف کے لئے ہم خاص آلات آسمان کرتے ہیں جن کو مقیاس
شدہ الضوء (Photo meters) کہتے ہیں۔

ان آلات سے ہم معلوم کر سکتے ہیں کہ دو روشن رعبوں میں کس قدر روشنی کی تیزی کے فرق سے آنکھ ان دونوں کو علیحدہ
علحدہ تیز کر سکے گی اس کو ہم (Light sense) تفاوت نوری کہتے ہیں جس قدر روشنی تیز ہو اسی قدر تیز یاد
ہوتا ہے جس قدر زیادہ روشن دو اجسام ہوں اسی قدر ان کے درمیان فرق معلوم کرنے کے لئے ان دونوں کی روشنی
میں زیادہ فرق ہونا چاہئے تاکہ ہم آسانی سے معلوم کر سکیں کہ ان دونوں میں کون زیادہ روشن ہے۔ تفاوت ایک خاص
قانون کے ماتحت کام کرتا ہے جس کو ہم تمام حسی احساسات کے لئے تقریباً درست تسلیم کرتے ہیں۔ اس قانون کا نام
(Weber's law) ہے۔

احساس نوری کے ان اعمال سے آنکھ کے معاہدین کہیں کام نہیں لیتے۔ اس میں شک نہیں کہ بعض بیماریوں خاص کر
ان امراض میں جو اجسام محسوس و اجسام مخروطی کو مائل کرتے ہیں مثلاً رتونا (Retinitis Pigmentosa) وغیرہ
میں اقل نوری بڑھ جاتا ہے بعض ماہرین کا یہ خیال ہے کہ تفاوت نوری بنی اجزاء یا سیان عصبی کے مائل ہونے سے
بڑھ جاتا ہے۔ اجسام محسوس کم درجہ کی روشنی کے لئے بہت مخروطی اجسام کے زیادہ حس ہوتے ہیں جنی اندھیرے میں ہم ہنر
شبکیہ کے اجسام محسوس کی مدد سے دیکھتے ہیں۔ رات کو دیکھنے والے جانور مثلاً چمکدار آٹو کے طبقہ شبکیہ کے اندر صرف اجسام
محسوس ہوتے ہیں۔ مخروطی اجسام ان میں سے غائب ہوتے ہیں۔ یا بہت کم ہوتے ہیں۔

اس شکل کی ہمت دو یک درجہ پر ہے۔ اس طاقت کے ذریعہ ہم خارجی اشیاء کی شکلوں کو محسوس کرتے ہیں۔ ہمارے
 حسیات میں یہ کام مخروطی جسم زیادہ انجام دیتے ہیں۔ اور شبکیہ کے اندر جس مقام پر ان کی تعداد سب سے زیادہ ہوتی ہے وہاں
 احساس شکل سب سے زیادہ ہوتا ہے۔ یعنی بقدر مخروطی پر

بقدر مخروطی کے ہاں یہ احساس بہت کم رہ جاتا ہے۔ اس میں شک نہیں کہ جیسے جیسے باہر کی طرف ہم جائیں شبکیہ کے حصے میں
 مخروطی جسم کی تعداد کم ہوتی جاتی ہے۔ مبنیٰ کی تیزی کو عام طور پر اشیاء کی شکل صاف صاف پہچاننے سے یا اشیاء کے ان شبہیہ تصویر
 کرتے ہیں جو غیر مرکزی پر اور اس کے گرد بقدر مخروطی پڑتی ہیں۔ گویا کہ مبنیٰ کی تیزی صرف مرکزی بصارت سے تعلق ہے۔
 احساس شکل کلیتہً شبکیہ کا فعل نہیں بلکہ پڑنے لکھنے میں اس کا تعلق مرکز نفسیاتی سے ہے۔ عضوی افعال جن سے یہ مشترک ہے۔

منفرد ذیل میں

(۱) احساس نور (Light Sense)

(۲) احساس مقام ثبوت (Sense of position)

(۳) احساس تفریق (Sense of Discrimination) احساس مقام ہشیا کا انحصار احساس نور اور ثبوت اور

اس کے ماحول کی روشنی کے فرق پر ہوتا ہے۔

عضویات کے تجربات سے ہم معلوم کر چکے ہیں کہ جن قبہ میں تحریک ہو رہی ہو اس کے باہر کے رقبہ میں جس کم ہوتی ہو اور اس
 طرح باہر کی اشیاء کے رنگوں میں فرق کیا جاسکتا ہے۔

احساس مقام ہشیا کو ہم (Minimum visible) اقل بصری (اقل مناظری) سے تیز کرتے ہیں۔

احساس تیز رہ طاقت جو جس کی وجہ سے ہم دکھائی دینے والی دو اشیاء کو ایک دوسرے سے تیز کر سکتے ہیں اور اس کی
 پیمائش ہم اس فاصلہ سے کرتے ہیں جس کا دو اشیاء کو دیکھنے کے لئے دونوں کے درمیان ہونا ضروری ہے۔

احساس شکل کی پیمائش اس فاصلہ سے کرتے ہیں جس کے ذریعہ ہم مختلف حروف کو پڑھنے کے قابل ہو سکیں یا ان کو پہچان سکیں۔

تیزی بصارت Acuity of vision کو معلوم کرنے کے لئے ہم زاویہ بصارت (Visual angle) کو استعمال

کرتے ہیں۔ اور بنیادی اصول کے طور پر اپنی سہولت کے لئے ہم اقل زاویہ بصارت Minimum visual angle کو منتخب کرتے
 ہیں یعنی اس کم از کم زاویہ کو جو آنکھ کے دو منور نقاط اور نقطہ تقاطع سے بنواؤں دونوں منور نقاط صاف صاف دکھائی دے۔

تک یہ پورے درجہ حرارت میں ایک ایک تحریک پیدا کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ کم از کم دو ذرات ایک دوسرے کو الگ الگ تحریک پہنچے اور ان دونوں کے درمیان ایک محاذی سطح پیدا ہو جائے جس کو تحریک نہ ہو۔
 اگر ذراتی ہم جنات ہم کو معلوم ہو تو ہم اپنے زاویہ کا اندازہ کر سکتے ہیں جو مذکورہ شرائط کو پورا کرے۔
 یہ زاویہ جب کہ ہم پہنچتا ہے اس زاویہ کے برابر ہوتا ہے جو دوسری طرف تک کے نقطہ اتصال کو دونوں طول سے ملانے سے بنتا ہے۔ حقیقتاً یہ اندازہ مشاہدات کے مطابق ہوتا ہے۔

یہ خیال ہو سکتا ہے کہ یہ مشاہدات ایک آسان سی بات ہیں۔ مگر عملی طور پر خاصی مشکل ان کے حاصل کرنے میں پیش آتی ہیں۔
 تجربہ سے معلوم ہوتا ہے کہ تحریک ایک خودی ہم سے دوسرے ہم تک پہنچنے میں کسی نہ کسی حد تک منتشر ہو جاتی ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ شفاف وسطوں کے درمیان سے شعاع گزرنے میں مدد دی طور پر منتشر ہوتی ہے اور یہ حالت خاص کر عدسے کے اندر زیادہ پیدا ہوتی ہے۔

مذکورہ وجود سے منور اشیا کر کسی سیاہ، حوال میں ہوں تو ان کی شبیہ طبعی حالت سے ذرہ بڑی بنتی ہے اس عمل کو انتشار نوری (Irradiation) کہتے ہیں۔ یہ حالت حضرت رساں نہیں ہوتی، کیوں کہ اس کے وجود ہم نور تھا، تا کہ اس سے دیکھنے کے قابل ہوتے ہیں۔ جیسا کہ ان ستاروں کو ہم دیکھ سکتے ہیں جو کھوکھلیں میں دور ہیں۔ عملی کاموں میں بینائی کی تیزی کا معیار بہت بلند نہ ہونا چاہئے کیوں کہ اسی معیار کے مطابق بہانہ تقریباً غیر طبعی حالت میں ہوگی عملی طور پر بصارت کا اقل زاویہ ایک منٹ کا۔ یا ایک قائمہ کا ساتواں حصہ ہو تو اس سے نتائج عمدہ پیدا ہوتے ہیں اسی اصول کے مطابق امتحان بصارت والے حروف بنائے جاتے ہیں۔

احساس رنگ۔ دو طاقت ہے جس کی بدولت ہم مختلف رنگوں کو پہچان سکتے ہیں یا ایک ہی رنگ کے مختلف درجہ کا احساس کر سکتے ہیں۔ احساس رنگ کا صحیح طور پر معلوم کرنا بڑا مشکل امر ہے۔ کیوں کہ طیف شمسی کے مختلف رنگوں کی تیزی مختلف ہوتی ہے اس لئے ہم کو اس کے واسطے بھی شبکیہ کے مانوس ہونے کا خیال رکھنا ضروری ہوگا۔

احساس رنگ کے لئے روشنی کی تیزی اوسط درجہ کی یا بہت تیز ہونی چاہئے۔ اس کے علاوہ شبکیہ کو بھی اس کے ساتھ ساتھ طور پر کچھ دیر کے لئے مناسبت (Adaptation) پیدا کرنا ضروری ہے۔ اگر پہلے آنکھ کو اندھیرے سے مانوس کریں اور پھر کم روشنی والے طیف شمسی کو دیکھیں تو یہ فاکسٹری سا چوڑا حصہ روشنی کا نظر آتا ہے جو مختلف مقامات پر زیادہ یا کم روشن ہوتا ہے۔

روشن حصہ ۵۰ میو پر ہوتا ہے جو بیفٹنشی کے ہمز مقام سے تطبیق کرتا ہے۔ لیفٹنشی کا روشن ترین حصہ ۸۰ میو پر ہوتا ہے جو زرد کے اندر غصہ سوڈیم کی لکیر کے نزدیک ہوتا ہے

اسنو پوپی Scotopic vision، بصارت گویا عصوی اجسام کا اور بصارت رنگ محرومی، جام کامل ہے۔ اگرچہ کوٹیفٹنشی کے نزدیک دوسرے سے الگ الگ دور دور منتخب کیا جائے تو ہم مناسب طور پر ان کے طائفے سے مختلف رنگ کر سکتے ہیں۔ اور ان سب کے ماننے سے سفید روشنی بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ اس نے طبی احساس رنگ یا بصارت رنگ کو ہم میں رنگور مشعل سمجھتے ہیں اور ہم شروع ہمز نیلے رنگ کو ابتدائی رنگوں کے طور پر منتخب کرتے ہیں۔ ہم جانتے ہیں کہ عصوی تحریکات غرض اشیا کا انعکاس یا شبیہ ہوتی ہیں۔ آواز کی ہر وہ تحریکات پیدا کرتی ہیں جن کو ہم بطور آواز کے محسوس کرتے ہیں اور روشنی میں وہ تحریکات پیدا کرتی ہیں جن کو ہم روشنی سے تعبیر کرتے ہیں۔ اسی طرح شروع ہمز اور نیلے روشنی سے بھی مختلف قسم کی تحریکات پیدا ہوتی ہیں اور ان کی مناسب طاقت سے ہم طیفٹنشی کے مختلف رنگوں کو اور سفید روشنی کو معلوم کر سکتے ہیں یہی ہر رنگ ہمز Young Helmholtz کا احساس رنگ کے متعلق بنیادی اصول ہے۔

ہمز رنگ کا نظریہ ہے کہ مذکورہ تین مختلف قسم کے ماننے جو شبکیہ کے اندر ہوتے ہیں ان میں کمی یا دی تبدیلی کی وجہ سے رنگوں کا احساس ہوتا ہے جن میں سفید اور سیاہ رنگ بھی شامل ہیں تینوں قسم کے مادہ بصارت متقبل ہوتے ہیں۔

(۱) سیاہ و سفید (۲) شروع و ہمز (۳) نیلا و زرد

اگر ان اجزاء میں تعمیری تبدیلیاں شروع ہوں تو سفید ٹرن اور نیلے رنگ کا احساس یکے بعد دیگرے ہوتا ہے اور اگر ان میں تخریبی تبدیلیاں رونما ہوں تو سیاہ ہمز اور زرد رنگ پیدا ہوتے ہیں جسم انسانی کے کسی عمل کے متعلق تینا کام نہیں لے سکے جتنا کہ اد رنگ کے مادوں میں لیا جاسکتا ہے ہم اتنا فرو کہیں گے کہ تین ابتدائی رنگوں کو ہمیں سمجھنا چاہئے جن پر ہمز رنگ ہلم ہولٹز نے زور دیا ہے اور علاوہ ہم کو یہ بھی یاد رکھنا چاہئے کہ ٹرن ہمز نیلا زرد اور سیاہ و سفید کے درمیان زبردست تعلق ہے۔ اور یہی ہمز رنگ کے کی بنیاد ہے

اس بات کو نظر انداز نہ کرنا چاہئے کہ اس زمانہ میں بہت سے انسان ایسے ملتے ہیں جن کی حس لونی طبی حالت سے ہمز ہوتی ہے۔ اس غلطی خرابی کو (Colour Blindness) رنگوں کا اندھا پن کہتے ہیں۔

بصارت کی ان تین مختلف قسموں کا احساس نہ صرف بقدر صغریٰ پر ہوتا ہے بلکہ شبکیہ کے ہر حصے میں یہ احساسات پائے جاتے ہیں

ہیں۔ مگر بقعہ صفراوی کے علاوہ دوسرے حصص میں یہ حساسات کم ہوتے ہیں۔

مرض کی حالت میں شبکیہ کے ان ہی احساسات میں سب سے پہلے انحطاط یا خرابی رونما ہوتی ہے اس لئے ہر مرض میں اس کے فوری احساس اور حس لونی کو معلوم کرنا ضروری ہے۔

معائنہ چشم

آنکھ کے مریضوں کو دو گروہ میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ ایک جن میں مرض کی علامات کو آسانی کے ساتھ دیکھنا ممکن ہے اور دوسرا گروہ ایسے مریضوں کا جن میں مرض کی ظاہری علامات میں موجود نہیں ہوتیں۔ مگر مرض بہت سے غیر ظہری اور تکلیف دہ احساسات کی شکایتیں بیان کرتا ہے۔ طالب علم کے لئے یہ تقسیم علمی اور عملی ہر دو حیثیت سے کارآمد ہے۔

پہلی جماعت کے مریضوں میں ممکن ہو کہ ان ظاہری علامتوں کی وجہ سے ضروری اور خطرناک حالات نظر انداز ہو جائیں لہذا اس امر کا خیال رکھنا چاہئے کہ ان خفی اور پوشیدہ حالات کو معلوم کر کے ان کا تدارک کریں۔

بسا اوقات ایسے مرض بھی دیکھنے میں آتے ہیں کہ جن کی آنکھ کے معائنہ میں اس خیال سے کہ کوئی مرضی حالت مخفی نہ ہو جائے۔ بہت غور و خوض سے کام لینا پڑتا ہے۔ ایسی صورت میں مختلف حالات کا ترتیب وار معائنہ کرنا چاہئے۔ اگرچہ ہمیشہ اور ہر مرض کے لئے اتنے طول و طویل امتحان کی ضرورت نہیں پڑتی تاہم طلباء کو چاہئے کہ وہ اس ترتیب کو بخوبی ذہن نشین کر لیں اور اس پر فراولت کر کے ترتیب وار معائنہ کرنے کے عادی بن جائیں۔ کیوں کہ اس سے غلطیوں کے امکان میں بہت کمی ہوتی ہے۔

سب سے پہلے ہم معائنہ کے ان طریقوں کو بیان کریں گے جن میں معائنہ کرنے والے کو اپنی آنکھ کے لئے کسی قسم کے آد کی مدد کی حاجت نہیں ہوتی۔ مگر مصنوعی طریقوں پر ضرور کاربند ہونا پڑتا ہے۔ اس کے بعد وہ طریقے بیان کئے جائیں گے جن میں آنکھ کے اندرونی حالات کے معائنہ میں آد کی ضرورت ہوتی ہے اور آخر میں ترتیب کے متعلق ہدایتیں کی جائیں گی۔

آنکھ کے معائنہ سے اتنا ہی فائدہ نہیں ہوتا کہ امر اہن چشم کی تشخیص ہو جاتی ہے بلکہ اس کے معائنہ کے بعد تندرست اشخاص کو خطرات مقدم کے طور پر ایسے اصول بھی بتائے جاسکتے ہیں جن پر عمل کر کے وہ آئندہ مختلف امراض سے محفوظ رہ سکتے ہیں اس کے علاوہ معائنہ کا فائدہ امر اہن چشم ہی کی تشخیص تک محدود نہیں بلکہ جسم کے دوسرے حصوں کی تشخیص امر اہن میں بھی آنکھ کا معائنہ مدد ثابت ہوتا ہے۔ کیوں کہ مختلف جسمانی امراض میں جو تغیرات آنکھ کے اندر ظاہر ہوتے ہیں وہ بعض اوقات سب سے پہلے

ہیں، مگر کچھ عرصے میں تو یہ مبالغہ میں آجاتے ہیں، اور منہ پٹھم کے بعد شخص کی حیثیت یقینی ہو جاتی ہے۔

نچوچوں، منہ، اور منہ پر مٹوہ سب سے بڑی قدر میں کا معائنہ آسان، اور سب سے زیادہ اہم ہے۔ اس قدر کی دیکھ کر
مشکوہ نہیں، مگر ان کے منہ میں ہم جن آلات کو شامل کرتے ہیں وہ جدید دیکھ کر مبالغہ میں آجاتے ہیں۔ ان آلات کے ذریعہ ہم
اس سے پہلے ہی پتہ چلتا ہے جو اسباب یا دماغ سے تعلق رکھتے ہیں، علاج کے دور میں تعدد بار آنا کا اندازہ
کرنے سے مرض کے مختلف، سب سے آگاہی حاصل ہوتی ہے۔ مریض کا فرض ہے کہ وہ اپنے منہ پر غور و فکر کو انگوٹھی تاکہ
نرس کے بعد دیگر عداوت ہوئی ہے۔ اس کی نظر ہو۔ ورنہ مریض کا کماحقہ سمجھنا مشکل ہوگا۔ متذکرہ بالا فوائد معائنہ سے
وقت حاصل ہو سکتے ہیں جبکہ تمام شہادت و عداوت کو خاص ترقیب کے ساتھ ملوث رکھ کر نتائج اخذ کئے جائیں۔

سب سے پہلے اس امر پر غور کریں کہ مریض کا بیان اس کے اسامات اور کیفیات کے متعلق کہاں تک درست ہے۔

مریض کے حالات معلوم کرنے کے بعد مریضی معائنہ کے لئے وہ تمام ذرائع اختیار کریں جو ذکر کئے گئے ہیں۔

مریض کی خوشگفتاریں بہتہ کسی خاص بات کی عزت اشارہ کرتی ہوں ان پر بھی غور کرنا لازم ہے۔

معائنہ کے ساتھ مریض کی وضع اور دماغی حالت کا بھی اندازہ کریں۔ جن مریضوں کا عصبی نظام کمزور ہو یا جو مسموم
توحیات سے بھی زیادہ متاثر ہوتے ہوں اور اس تاثر کی وجہ سے تشخیص میں شکایت پیش آتی ہوں اور ان میں اندازہ مرض
Prognosis کے تعلق پر سے نتائج کا احتمال ہو تو ایسے مریضوں کا معائنہ نہایت آرام سے کیا جائے۔

مرض طحالت چشم یعنی قرنیہ - آلات دماغی - طاق عینی یعنی ابصار - بنیہ و طبقہ عنبیہ کے امراض اور جملہ اعضاء کے، التهاب
میں درودیت شدید ہوتا ہے۔ نرس کی صورت میں جب آنکھ کا درد پیشانی و سر کی طرف بڑھتا ہو معلوم ہو تو سمجھ لینا چاہئے
کہ عنبیہ، ابصار، بنیہ، التهاب اس کا باعث ہو اسی طرح جب آنکھ کے اندر کا درد (Tension) یعنی ذر عین

Int a Ocular Pressure طبی حالت سے زیادہ ہو یعنی مریض زرق المار (Clauconia) میں مبتلا ہو تو

کئی کیفیات سے قد شدید ہوتی ہے کہ سولے درد کے قیہ تمام نکالین کو مریضوں میں جاتا ہے اور محض درد کی شکایت بیان کرتا ہے

لہذا دوسرے تمام مریضوں میں نفسانہ شقیہ، آدھالیسی، کی صورت میں اس امر کو مد نظر رکھ کر آنکھ کا معائنہ کیا جائے کیوں کہ

تسمہ کے درد کا تعلق اکثر آنکھ سے ہوتا ہے جب غور و فکر کے بعد بھی اس کا تعلق آنکھ سے نہ معلوم ہو تو پھر دوسری طرف متوجہ ہو

اگر مریض مذکورہ باتوں سے بے اعتنائی لی بنا اپنی غلط فہمی کی وجہ سے زرق المار کو انفلو انزا تجویز کر دے تو اس غلطی

بازموس کے اور کچھ نہیں کہ ماضی ہی بنیادی کو کوئی ہے۔ لہذا یہ طبی یا جے خدائی کی حق قابل مافی ذہنوں میں سے
برعکس گروہوں کو سب سے ششیں کرنے کے بعد ماضی یا جے تو ماضی کو قریب موزا ہے

وہ بن ماضیوں کا تذکرہ کر چکے ہیں ان کے حدود و رہی صورتیں جن میں وہ رہا تھیں کہ سب سے ماضی سے اند
تھیں تو یہ وہ غیر ممکن صورتوں میں رہیں جن میں ان کے سب سے ماضی کو قریب موزا ہے
موسکے سب سے جب درود سے تعلق دہائی ماضی سے ہو تو ان کے ماضی سے ماضی میں Ophthalmos ope
کے ذریعہ ماضی کی سب سے ششیں میں جی ماضی سے ماضی میں وہ دوں کا تعلق ماضی کی ماضی میں یہ سب سے ماضی سے
س کے علاوہ ان کے ماضی سے ماضی کا ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے

طلب کو چاہئے کہ سب سے ماضی میں ایک دوسرے پر نکالوں کہ یہ تو ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے
س ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے
م ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے
کی تکلیف میں اور ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے
کو سب سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے
کو سب سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے
انکھوں کو آسانی سے نہ کھول سکتے ہوں ان کو ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے
امتیاز کے باوجود بھی ان کو تکلیف محسوس ہو تو انکھوں میں ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے
ہوں یا انکھوں میں ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے

(۱) سوکھی ہوئی رطوبت یا چھپرہ کو جس کی وجہ سے چھپرہ میں چپک جاتی ہوں۔ گرم پانی یا بورک محلول سے دھو دیں
مترین طریقہ یہ ہے کہ پانی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے
سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے

(۲) ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے
ہر زخم موجود ہو تو زخم سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے ماضی سے

اس کے مذہب اور نیت ہو جائے۔ ان حوادث سے بچنے کے لئے بہترین ہے کہ پلکوں کو کھولنے کے لئے ماہر ڈسمر "کا آلہ استعمال کریں۔
اس آلہ کے استعمال کا طریقہ یہ ہے کہ ایک ہاتھیں آریں، اور دوسرے ہاتھ کے انگوٹھے سے جنن، علی کو اٹھائیں اور انگوٹھے سے جنن کو
اٹھاتے وقت اس ہاتھ کی ہتھیلی پر مریض کی پیشانی پر رکھیں تاکہ آنکھ پر زیادہ دباؤ پڑنے کا خطرہ جاتا ہے) اور جنن متعلقہ
کے درمیان اس آلہ کو اس طرح رکھ دیں کہ جنن، علی کا سہا پہل اسی آلہ پر ہو۔ اب ایک ہاتھ سے اس آلہ کو اوپر مریض کی پیشانی کی
طرف آہستہ سے اٹھائے رکھیں، اور دوسرے ہاتھ کی انگلیوں سے جنن اسفل کو سہولت کے ساتھ نیچے کو کھینچیں۔ ایسا کرنے سے قرنیہ
متممہ وغیرہ بالکل عریں سامنے نظر آنے لگیں گے۔ (تصویر نمبر ۵۹ ملاحظہ ہو)

بچوں کی آنکھ کے معائنہ کے سے پہلے ان کو باتوں کے ذریعہ یا مٹھائی دکھلوانا وغیرہ دے کر بہلائیں تاکہ وہ معالج سے
کچھ مانوس ہو جائیں اور ان کے دل سے ڈر دور ہو جائے۔ اگر ایسا نہ کیا جائے گا تو وہ خود اپنی آنکھ کا معائنہ کرنے کا موقع نہ دیں گے
اور زبردستی معائنہ کرنے سے تشخص میں پیچیدگیاں پیدا ہونے کا احتمال ہے۔ جب یہ خیال ہو کہ آنکھ کھولنے سے بچے کو تکلیف ہوگی تو
معمول کوکین کے دو قطرے اس کی آنکھ میں ڈال دیں اور۔ انت تک انتظار کریں اس کے بعد اس کی آنکھ کھولیں اس وقت
آسانی سے معائنہ کرنا ممکن ہوگا۔ اگر معائنہ میں پلکوں کو ہٹانے کی ضرورت پڑے تو مذکورہ سابقہ طریقہ پر کار بند ہوں۔ بچوں کی
آنکھ کے معائنہ میں سکون و اطمینان کی غرض سے خاص تدابیر اختیار کرنی پڑتی ہیں جن کو ہم ذیل میں بیان کرتے ہیں۔

نرس یا بچے کی اس صبح کے سامنے کسی ایسی جگہ پر بیٹھیں جو معالج کے بیٹھنے کی جگہ کے برابر اونچی ہو۔ اور بچے کو اپنی گود
میں اس طرح لے کر اس کی دونوں ٹانگوں کو اپنے جسم کے دونوں طرف پھیلائے۔ اپنے دونوں ہاتھوں سے بچے کے دونوں آنکھوں
کو کپڑ کر کینوں سے اس کی ٹانگوں کو اپنے جسم کے ساتھ دبائے رکھے اور اپنی ٹانگوں پر اس کو اس طرح بٹالے کہ سامنے معالج
پہننے دونوں گھٹنوں پر تولیہ ڈال کر ان کے درمیان بچے کے سر کو کپڑے کے۔ اب نہایت آسانی اور اطمینان کے ساتھ معائنہ کیا جاسکتا
ہے (تصویر نمبر ۶۰)

بعض مریضوں کو شاذ و نادر کھلوروفارم وغیرہ سونگھانے کی بھی ضرورت پڑتی ہے جیسا کہ قرنیہ کے زخموں، متعلقہ جننوں
اور متعلقہ جنن کے اوپر چرے ہوئے ہونے کی حالت میں ضرورت محسوس ہوتی ہے۔ اگر معالج اس امر پر قادر نہ ہو تو مریض کو معائنہ خصوصی
کے پاس بھیج دیں۔ جب مریض کی آنکھیں میچ ہوں اور تورم ہوں اور ان کے اندر ناقص رطوبت یا میچ میچ ہو تو معالج کو چاہئے کہ معائنہ
کرتے وقت اپنی آنکھوں کو محفوظ رکھنے کے لئے بینک استعمال کرے تاکہ مریض کی آنکھوں کو کھولتے وقت ان کے اندر کی رطوبت اچھل کر

معالج کی آنکھوں میں نہ پڑ سکے۔ ملتھر کے سوزا کی مدد کی صورت میں اس بات کا خطرہ خصوصیت کے ساتھ زیادہ ہوتا ہے۔

معائنہ کے لئے مریض کو کھڑکی کے سامنے اس طن کھڑکیں کر اس کے چہ پر دونوں طرف یکساں روشنی پڑے ورنہ نہ سننے والا مریض کے سامنے کھڑکی کی طرف پشت کر کے اس طن کھڑا ہو کر مریض کے چہ پر پڑنے والی روشنی نہ رکے۔

اجفان کا معائنہ (۱) فحشہ العین کی مبالغہ چوڑائی صبی حالت میں ہے یا نہیں۔
پہلے دونوں چکلوں کی حالت اور حرکت کو دیکھیں اور غور کریں کہ۔

(۲) جفن اعلیٰ کی حرکت کیسی ہے آیا وہ اوپر کو ہٹتی ہے یا نہیں۔ اس میں استرخائی کیفیت تو موجود نہیں ہے
(۳) آنکھ کی کسی طور پر آنکھ کا بند ہونا بھی غور سے ملاحظہ کریں۔

(۴) اجفان کی جلد کو دیکھنا بھی ضروری ہے کہ اس پر درم تو نہیں ہے۔ اجفان کا درم مفعول اجفان کے مقامی التهاب یا خراش ہی تک محدود نہیں بلکہ قرب وجوار والے اعضاء کے التهاب یا خراش مثلاً آلات دمی و ملتھر کے التهاب سے بھی ہو سکتا ہے۔ اس کے علاوہ شدید عصبی مدوی خصوصاً جب کہ یہ مدوی محسبہ چشم کی جراحت کے بعد لاحق ہو۔ ثانوی سلسلہ۔ کئے پٹے زخم۔ خشار اعظم کے نیچے کی جراحت۔ ان تمام صورتوں میں آنکھ کے اندر التهاب کی وجہ سے اجفان پر درم پیدا ہو سکتا ہے۔ لہذا جملہ امور پر غور کرنے کے بعد فیصلہ کرنا چاہیے کہ اجفان خود ماؤت ہیں یا کسی دوسرے ماؤت عضو کی وجہ سے شرکی طور پر تورم ہیں۔

اجفان کے کناروں کو خصوصیت کے ساتھ دیکھنا چاہئے اور غور کرنا چاہئے کہ کناروں کے حدود و صاف درٹیک ہیں یا نہیں۔ ان میں کوئی خرابی یا التهاب تو نہیں ہے۔ بیرونی یا اندرونی التواء جینی تو موجود نہیں۔

مرگاہاں (پلک کے بالوں) کی خرابی اور وضع کا خیال ضروری ہے۔ ان کے متعلق یہ دیکھیں کہ شرع نقب (Trichiasis) یا شعر زائد (Distichiasis) وغیرہ کی حالت تو نہیں پائی جاتی۔

آلات دمی کا معائنہ اگر صرف ایک آنکھ کے ملتھر میں جھقان دموی موجود ہو۔ یا آنکھ کے اندر خراش کے آثار پائے جائیں یا زیرین جفن کے اوپر سے آنسو بہ کر رخساروں پر آ رہے ہوں تو اس کے بہت سے اسباب ہو سکتے ہیں۔

(۱) آنکھ کے اندر کسی جسم غریب مثلاً بال یا بیٹی تنکا۔ کو ٹر وغیرہ کی موجودگی۔

(۲) ضلعی یعنی پیدائشی طور پر نقاد دمی کا غیر طبیعی مقام پر واقع ہونا۔

۳۔ قنّاء ذمی یا قنّاء غبی کی رکاوٹ کا بیان

(۴) مقدمین میں کسی قسم کی خرابی کا ہونا۔

ہا میں خاص ذمی حمل کی نیز غبی حالت کو مدد نہ کر دینا معمولی طبعی ہے جس کا سرزد ہونا ممکن ہے کیونکہ طبیعت میں جو بہت بے تکلف بن کر غل کی قدر مقدمین سے نہ کیا جائے۔ جسم ان کو نہیں دیکھ سکتے۔ بوڑھوں میں یہی کمزوری کی وجہ سے زمین غل میں خشیت کے ساتھ برائی تو پایا جاتا ہے۔ اسی وجہ سے قنّاء ذمی میں رطوبت نہیں داخل ہو سکتی۔ ننگہ کے مینائی عضلات کے ساتھ سرخ جن غل کا اندرونی سوا پایا جاتا ہے۔ اس وجہ سے بھی رطوبت غلط ذمی میں نہیں داخل ہو سکتی اور آنسو جتے جتے ہیں۔ کبھی بھی قنّاء غبی میں یہ اس کے بغیر بھی کہیں بھی میں رہائی نہ پاتی جاتی ہے جس کی وجہ سے کہیں ذمی میں کسی قدر نوا پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی صورت میں غلط ذمی کہ دیکھنا چاہئے کہیں وہ ملکہ مثالی کے ساتھ متعلق تو نہیں ہیں یا کہیں ذمی کے دبائے پران کے اندر سے آنکھ میں رطوبت واپس آتی ہے یا نہیں۔

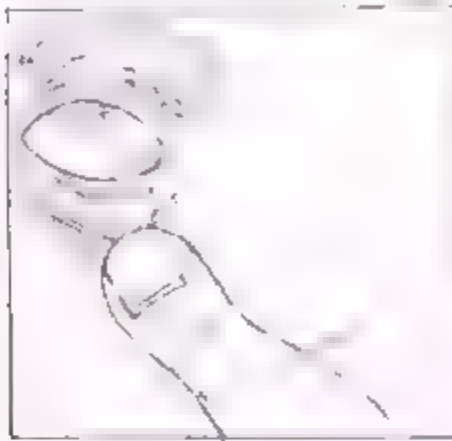
بیس ذمی آنکھ کے گوشے اور ناک کے درمیان حفرہ وسیع کے اندر واقع ہے۔ اس کے جسم کا اُبجار اندرونی رابطہ جھنّی کی سطح سے پیدا ہو رہا ہے کہیں ذمی کو دبائے کے سے اسی مقام پر اندر اور چھپے کی طرف دباؤ ڈالنا پڑتا ہے۔ قنّاء غبی میں اگر کسی قسم کی رکاوٹ ہو جس کی وجہ سے کہیں ذمی پر دباؤ ڈالنے سے رطوبت ناک کے اندر نہ پہنچ سکے تو قنّاء ذمی سے ہوتی ہوئی آنکھ میں پس آجائے گی اور قنّاء ذمی میں سے نکلتی دھنّی لے گی۔ مساندہ کرنے والے کو چاہئے کہ اس طرح واپس آئی ہوئی رطوبت کے متعلق یہ فیصلہ کرے کہ آیا یہ خاص رطوبت ذمی ہے یا اس میں غالی رطوبت یا پیپ اور مخاط بھی پائی جاتی ہے۔

ذمی رستوں کی طبیعت حالت کا امتحان اس طرح آسانی سے ممکن ہے کہ آنکھ کے اندر ایک قطرہ "فلورین محلول" کا ڈالیں اور دھنّی سے کہیں کہ نہ اس سے ناک صاف کرے۔ اگر ذمی راستے صاف ہیں تو ناک کے درمیان وصال پر "فلورین محلول" کا رنگ آجائے گا۔

ملکہ کا معائنہ - بعد مقدمہ ایک تھم کا نشانی سبب ہو اجفان کی اندرونی غل اور مقدمین پر پوری طرح چڑھا ہوتا ہے ملکہ کا جو حصہ جھنّی اور جھنّی غل کی اندرونی غل پر ستر کرتا ہے۔ اس کو ملکہ طاق اعلیٰ اور ملکہ طاق اسفل کہتے ہیں اور مقدمین پر ستر کرنے والے حصہ کو ملکہ مثالی کہتے ہیں۔ اساتہ قرنیہ پر ملکہ کا استر دکھائی نہیں دیتا۔ اس کی ایک وجہ یہ ہے کہ ملکہ کا صرف ایک غل پر ت قرنیہ کو ڈالنا سکتا ہے اور دوسری یہ کہ غل پر ت بھی قرنیہ کی سطح شفاف ہوتا ہے۔

مقدمہ مختلف حصے آنکھ کے بن مسافت نصوص پر ستر کرتے ہیں ان کو ان ہی کے لحاظ سے نام زد کیا جاتا ہے مثلاً ملکہ مثالی

تصویر نمبر ۱۲۶ تعلق صفحہ ۱۲۶



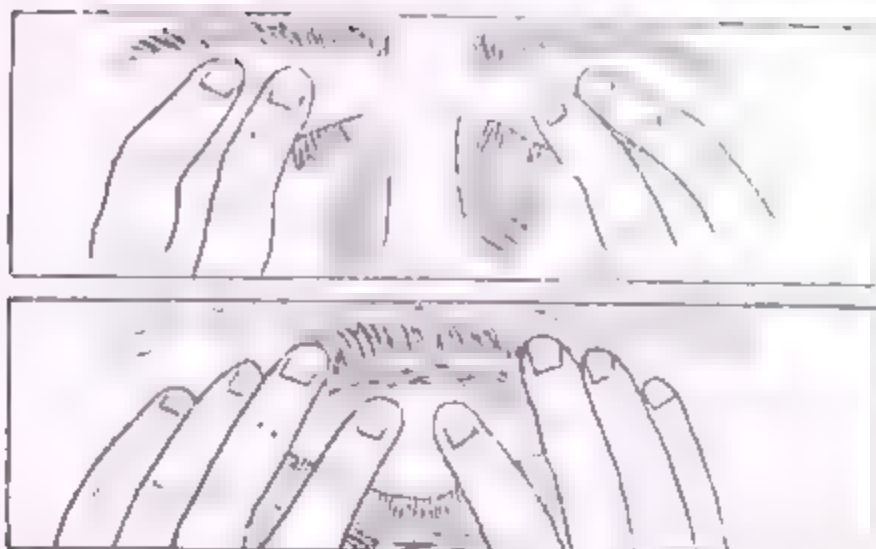
تصویر نمبر ۱۲۶ تعلق صفحہ ۱۲۶

تصویر نمبر ۱۲۶ تعلق صفحہ ۱۲۶

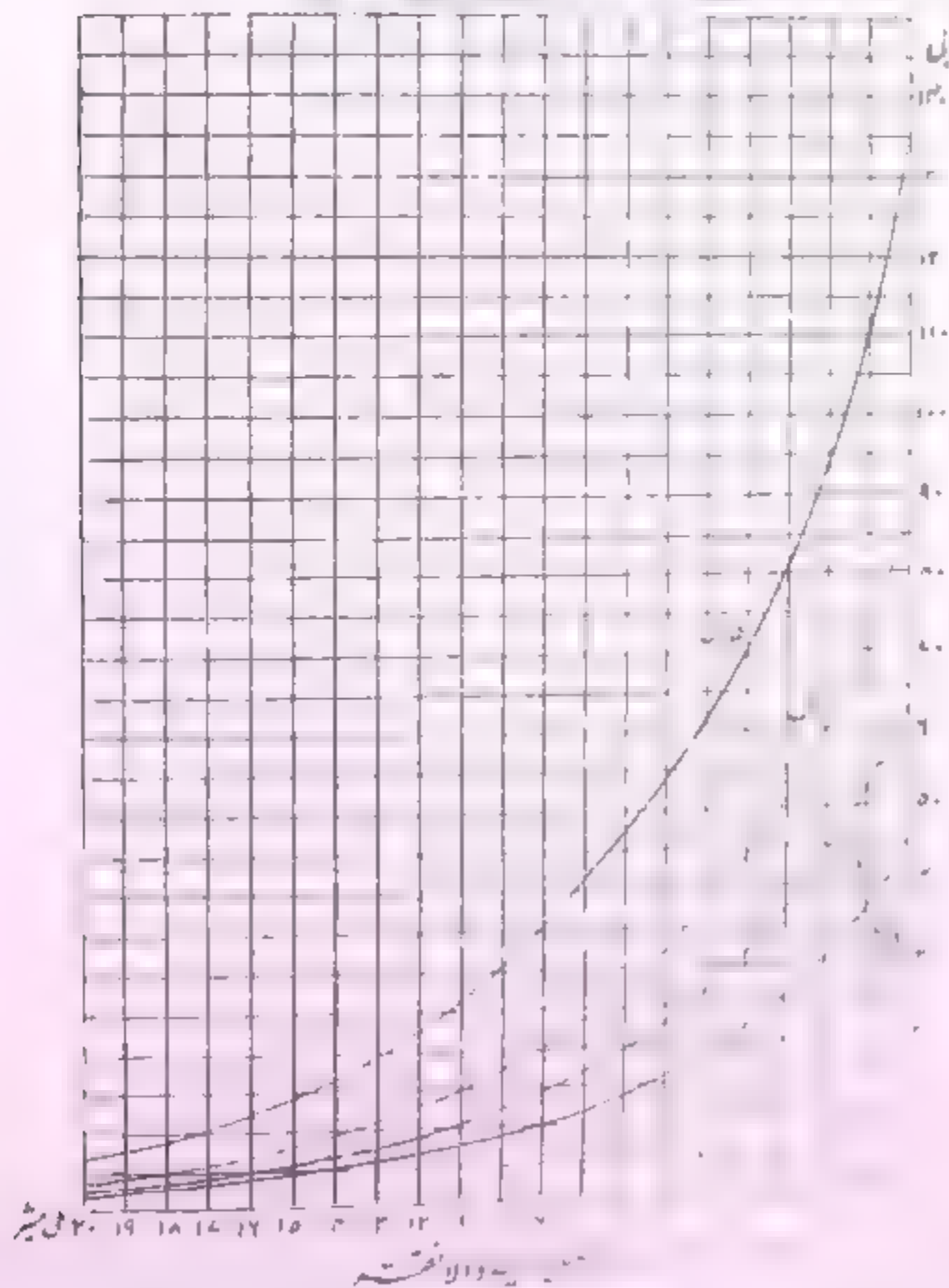
تصویر نمبر ۱۲۶ تعلق صفحہ ۱۲۶



تصویر نمبر ۱۲۶ تعلق صفحہ ۱۲۶



...نیموں کے ذریعے قوری صوم کرسٹن کے طریقے



جن جن علی کو پٹنے کا علی طریقہ - دیں آئندہ کے لئے بائیں اور بائیں آنکھ کے لئے دائیں ہاتھ سے کام لیں۔ مرضی سے نہیں کہ وہ اپنے طرف دیکھے اگر مرضی زیادہ ہو دیر نہ ہو تو اس کا ہاتھ اس کے پیٹ پر رکھ کر کہیں کہ ہاتھ کی طرف دیکھتا ہے۔ جن جن کے کانٹے کے باؤں کو معان اپنی بائیں انگشت شدت اور انگوٹھے کے درمیان اس طرح پکڑنے کہ جن جن علی کا بچا کنارہ بھی کسی حد تک کثرت میں آجائے تصویر نمبر ۱۲ ملاحظہ ہو۔

اب اس کو نیچے اور آگے کی طرف کھینچے اس کے بعد ایک سلائی یا دوسرے ہاتھ کی انگلی یا انگوٹھا جن جن علی کے نصف حصہ سے دیر نہ ہوتی تو پر رکھے اس مقصد کے لئے انگوٹھے کا ناخن نیسل وغیرہ بھی ہستیاں کر سکتے ہیں۔ جس ہاتھ سے ترگاں اور جن جن علی کے کانٹے کو پکڑے ہوئے اس کو مع جن جن علی کے اوپر کی طرف کھائیں۔ جب جن جن علی پٹ جائے تو سلائی یا انگوٹھا یا انگوٹھے کا ناخن دیر سے ساتھ کریں۔ چنی ہوئی جن جن کو قلم رکھنے کے لئے انگوٹھے سے ترگاں اور جن جن کے نیچے کانٹے کو قوس بھر کے ساتھ دبا لیں۔ اس طرح بغاوت کو پٹ کر ہم ملحقہ کا وہ حصہ دیکھ سکتے ہیں جو جن جن علی کی غصہ و فتنہ کو استر کرتا ہے اگر ہم جن جن علی کے نیچے بائیں طاق پر استر کرنے والے ملحقہ کو بھی دیکھنا چاہیں تو چنی ہوئی جن جن علی کو ایک ہاتھ سے اسی طرح قائم رکھیں تصویر نمبر ۱۳ ملاحظہ ہو۔ دوسرے ہاتھ کے انگوٹھے سے جن جن جن جن کو مع مقدمین کے پیچھے کی طرف کو دیاں۔ ایسا کرنے سے بالائی طاقی ملحقہ بائیں کل تاتا ہے اور ہم بخوبی اس کا معائنہ کر سکتے ہیں لیکن جب قرنیہ میں قرص ہو یا آنکھ میں گہرا زخم ہو تو ایسا ہرگز نہ کرنا چاہئے ورنہ آنکھ کو شدید نقصان پہنچنے کا قائل ہوتا ہے اسی صورت میں مندرجہ ذیل طریقہ پر کاربند ہوں مگر اس عمل کے لئے کوکین کا محلول ذائیں تاکہ ملحقہ بھیر ہو جائے اور درد نہ ہو۔ وہ طریقہ یہ ہے کہ چنی ہوئی جن جن علی کو متناظر سے پکڑ کر ایک مرتبہ اور پٹ دیں۔ ایسا کرنے سے طاق علی بہت صاف اور بخوبی دکھائی دینے لگتا ہے۔ طاق ملحقہ کا معائنہ بہت ضروری ہے۔ کیوں کہ بھوسے کے تشکے، اناج کے دانے، اور کبھی کبھی پلوں کے بال آنکھ ملنے کی صورت میں پہنچ کر ہمیں پڑے رہتے ہیں۔ مذکورہ طریقوں کے علاوہ ماہر ڈاکٹر کے آرا سے بھی طاق علی کے معائنہ میں مدد مل جاتی ہے۔ صیبا کہ تصویر نمبر ۱۴ میں دیکھا گیا ہے۔

جن جن علی کے پٹنے کا مذکورہ طریقہ زیادہ آسان ہے۔ مگر بعض مبالغہاں اس سے بھی زیادہ آرام دہ طریقے استعمال کرتے ہیں (تصویر نمبر ۱۵ ملاحظہ ہو) پہلے مرضی کو نیچے کی طرف دیکھنے کو کہا جائے پھر دائیں آنکھ کی جن جن علی کو پٹنے کے لئے بائیں ہاتھ کے انگوٹھے کو خور سائیٹا کے جن جن علی کے نیچے کانٹے کے کسی قدر اندر کی طرف رکھیں اور انگشت شہادت کو جن جن علی کے اوپر رکھیں اور دیکھیں کہ جن جن علی کے نیچے کانٹے کی ترگاں کے پائیکر پٹنے کی کوشش کریں اور ساتھ ہی انگشت شہادت کو پیچھے اور نیچے

کی طرف کو دبائیں۔ اس طرح صرف ایک ہاتھ سے جنٹ پیٹ لی جاتی ہے۔ اجفان کے چٹنے کا عمل زیادہ دیر تک اور بار بار کرنا چاہیے کیوں کہ اس سے مرض کو تکلیف ہوتی ہے اور ملتحمہ سرخ ہو جاتا ہے۔ ملتحمہ کی یہ سرخی انتہائی نہیں ہوتی۔ معائنہ کے وقت زیادہ ۱۰، ۱۵ فی وجہ سے بھی ملتی غشاء زرہ نظر آسکتی ہے۔ بعض لوگ غلطی سے اس کو مذہبی مانت تصور کرتے ہیں۔ مگر انہوں نے جنوں کے قشر میں عروقی حقائق زیادہ ہو تو اس امر پر غور کرنا چاہیے کہ اس کی کیا وجہ ہے کبھی اس احتقانی حالت کو غلطی سے ملتحمہ کا انتہا سمجھ کر غلطی شروع کیا جاتا ہے۔ حالانکہ یہ سرخی ملتحمہ کے بعض مقامی انتہا کی وجہ سے نہیں ہوتی بلکہ دوسرے عضو کی بیماری کی وجہ سے شتر کی طور پر پیدا ہوتی ہے۔ چنانچہ آنکھ کے قریب جوار کے عضا ۱۱۔ خود آنکھ کے انتہا میں بھی ملتحمہ سرخ ہوتا ہے۔ قرنیہ کے چاروں طرف نیٹوں سرخ احتقان جو دائرہ کی صورت میں نظر آتا ہے۔ ہو سکتا ہے کہ یہ خود ملتحمہ کے علاوہ آنکھ کے اندرونی طبقات کے انتہا یا مخزش حالت کے ماتحت رونما ہوا ہو۔ ان چیزوں کا ذکر ملتحمہ کی انتہائی سرخی عروق کا رنگ ملتحمہ اور دوسرے حصوں کے انتہا کی تشخیص فی روقہ کے سلسلے میں کیا جائے گا اگر یہ سرخی کسی انتہا یا مخزش کی وجہ سے رونما ہوئی ہے تو مختلف سبب کی بناء پر مختلف حصوں میں ظاہر ہوگی۔

اس جگہ ان عروق کا ذکر بھی مناسب معلوم ہوتا ہے جن کے انبساط کی وجہ سے یہ سرخی ظاہر ہوتی ہو۔ یہ عروق تین گروہ میں تقسیم کئے جاسکتے ہیں مگر تندرستی میں ان عروق کا پہچانا ممکن نہیں کیوں کہ یہ نہایت باریک ہوتے ہیں۔ اب ہم ذیل میں ان گروہ کو بیان کرتے ہیں۔

۱۔ عروق ملتحمہ مؤخرہ۔ یہ ملتحمہ کے خاص عروق ہیں۔

۲۔ عروق ملتحمہ متقدمہ۔ یہ عروق قرنیہ کے چاروں طرف اس کے محاذی حصہ میں غشاء پہنچاتے ہیں۔ ان کی شاخیں قرنیہ کے اندر گناے پر بھی کسی حد تک جاتی ہیں۔

۳۔ عروق ہیریدہ مؤخرہ۔ یہ عروق ملتحمہ کی زیریں نیچوں اور صلبیہ کی بیرونی نیچوں میں پائے جاتے ہیں۔

یہ سبب آخری گروہ کی شاخیں ہیں۔ قرنیہ کے کنارے سے ذویا پارٹی میٹر پر ختم ہو جاتی ہیں اور آنکھ کے اندر ان مقامات پر داخل ہو کر زائید ہیریدہ کے تغذیہ کا فعل انجام دیتی ہیں۔ ان عروق کی اور بھی باریک شاخیں ہوتی ہیں جو صلبیہ کے بیرونی حصہ کی نیچوں کی بنی جاتی ہیں مگر نظر نہیں آتیں۔ انبساط کی حالتوں میں ان کا رنگ گلابی ہوتا ہے۔ چونکہ یہ قرنیہ کے چاروں طرف باریک باریک قریب قریب اور متوازی ملحقہ غدا طبع ہوتی ہیں۔ اس لئے ان کا گلابی رنگ قرنیہ کے چاروں طرف ایک ہلکے کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے۔

تینوں کروڑوں سے ایک کے وقت ہونے سے پتہ چل جاتا ہے کہ التهاب کس جگہ موجود ہے۔

مثلاً عروق کے بالوں کو بدنی عروق کے "بنا" سے ذیل کی علامات سے پہچانتے ہیں

۱۔ "ترکے"۔ ان کا رنگ نیلا ملحات میں کھلا ہوا سرخ ہوتا ہے جو پکی اینٹ کے رنگ سے مشابہت رکھتا ہے مگر بدلی

عروق کا رنگ بخون ہوتا ہے نیز یہ عروق "تباہی" کے ذریعہ کی طرف دکھائی دیتے ہیں۔

۲۔ کرہنن اسل پرانی کھڑکھڑاہٹ کو مصلیہ کے پیرادھ سے اور حرکت دیں تو "تخمی" عروق ہی حرکت کرتے ہیں مگر بدلی عروق اپنی

جگہ پر قائم رہتے ہیں

۳۔ "تخمی" عروق کو "سند" اور ان کے بالوں کی مختلف شاخیں ہم دیکھ سکتے ہیں مگر بدلی عروق ایک قسم کا منتشر بنفشی سرخ

رنگ پیدا کرتے ہیں اس رنگ کے ذریعہ عروق ایک ایک تیز نہیں کئے جاسکتے۔

۴۔ عروق کو دیگر عروق سے خالی کرنے کی کوشش کی جائے تو دباؤ ہٹانے پر بدلی عروق فوراً بھر جاتے ہیں۔ کیوں کہ

ان کے توصلات آپس میں بہت زیادہ ہوتے ہیں۔ مگر "تخمی" عروق آہستہ آہستہ خون سے پُر ہوتے ہیں۔

مثلاً عروق کے حلقہ میں قرنیہ کے گرد نسبتاً کسی حد تک سفیدی مائل حلقہ ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ آنکھ سے رطوبت بھی

نکلتی ہوتی ہے۔ یہ حالت عموماً التهاب میں پالی جاتی ہے اگر آنکھ میں خراش زیادہ ہو اور روشنی میں آنکھ کا کھولنا ناممکن ہو جائے

اس کے بغیر نقاب بھی پایا جائے اور رطوبت بھی کثیر مقدار میں خارج ہوتی ہو تو قرنیہ پر کسی جسم غریب کے ہونے کا شک کیا جاسکتا

نہیں اس سے ہاں۔ ان کی طرف مگر بھی یہی کیفیت پیدا کر دیتے ہیں متحرک کے بشری التهاب میں یہ حالت مل سکتی ہے۔ مگر اس صورت

میں "تقریباً" عروق سے متعلق ہی پایا جاتا ہے جو بشری نقطہ سے مثلاً ناصورت میں پھیلا ہوا ہوتا ہے۔

تو نہ "تقریباً" اور قرنوی عروق میں جو احتقانی حالت ملتی ہے وہ قرنیہ کی خراش رکڑ یا قرص کی وجہ سے ہو سکتی ہے اگر

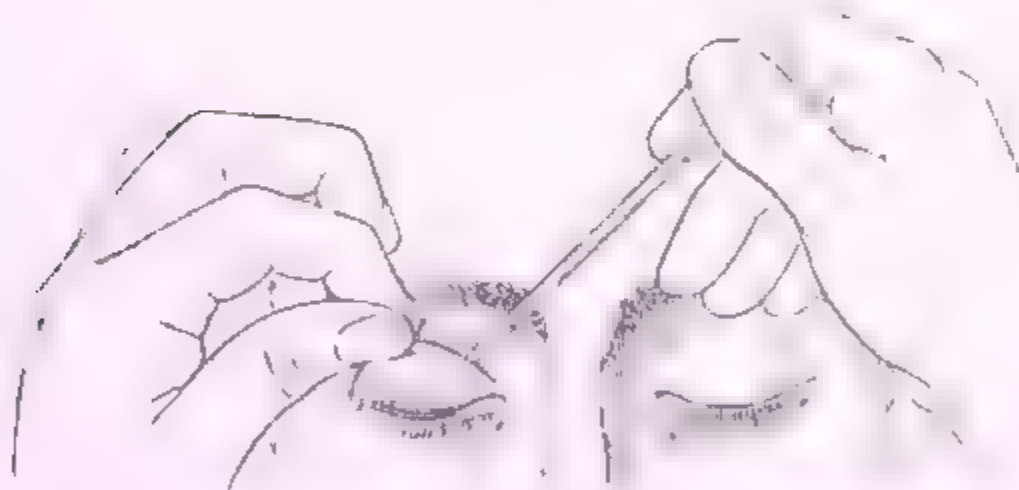
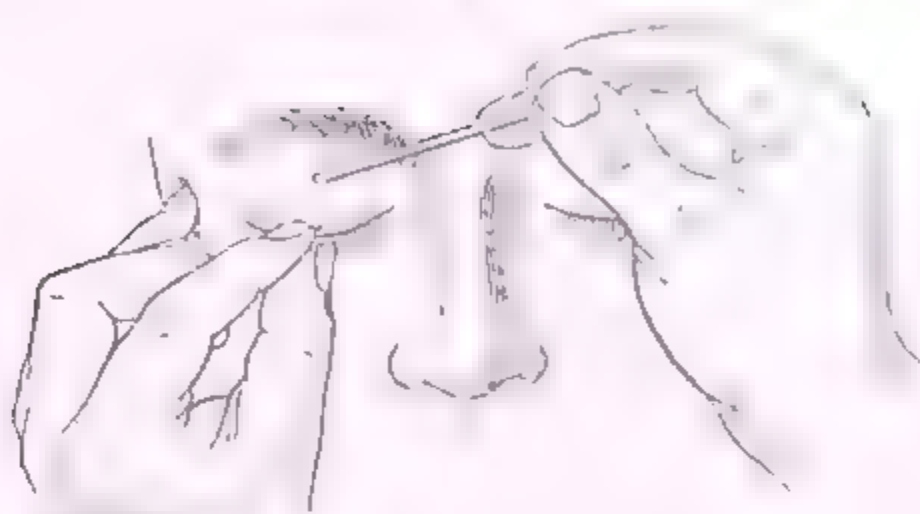
متحرک جسم سے زخم ہو کر ہو تو ان عروق میں کوئی حرکت نہیں ہوتی لیکن ان کا تعلق "تقریباً" سے ہوتا ہے۔

قرنیہ کے گرد "تقریباً" احتقانی حالت "تقریباً" کے التهاب کی وجہ سے پایا جاتا ہے۔ ان کے بدلی عروق مقدمہ وار ہوتے ہیں اگر قرنیہ

کے گرد سوزی کا رنگ نکلوں ہو اور سرخی اور عروق دونوں گہری نیچوں میں واقع ہوں جا بجا دسے دکھائی دیں تو جسم بدلی کا

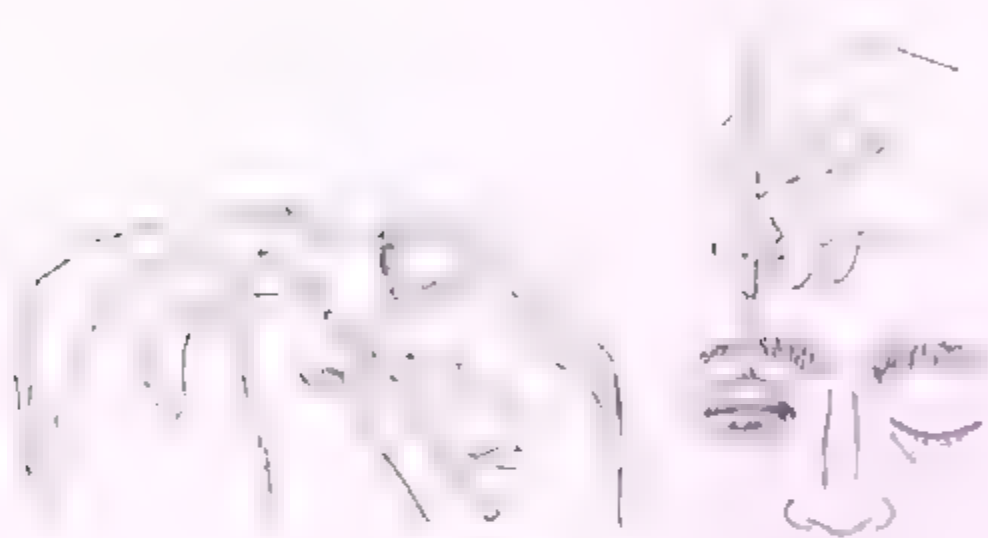
میں باعث ہوتا ہے اسی وجہ سے اس کو احتقانی بدلی کہتے ہیں۔

اگر اس کے قریب مصلیہ کے اندر نیلے سرخ رنگ کا احتقان پایا جائے تو "ندق المار" کا شک کرنا چاہئے۔ مگر بڑے مضر



بہارِ جنس کے تارے - مختلف طریقے

۹۳



آنہ تسمیر کے ذریعہ جھن اعلیٰ کے پتلیے کا طریقہ

۹۵



الکرتھا اور شہادت کی انگلی کے ذریعہ جھن اعلیٰ کو پتلیے کا طریقہ

میں یہ رنگ دوسری بیماریوں کی وجہ سے بنی چیز ہوتا ہے۔ مذکورہ بالا حالت و حالات کو فحش مہلک اور بے اثریت غلطی کا احتمال ہے۔

مذراغوں کا تحت ہی چوں کہ کچھ اور اس کے تحتہ اعضاء سے جو۔ لہذا معائنہ کے وقت اس پر اس کی طبیعت پر ملاحظہ کرنا ضروری ہے۔
صلبیہ کا معائنہ | لی پرونی نیچے صوی کے اتہاب سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان کے گرد مقامی حلقہ و صوی پیدا ہوتا ہے۔ صلیہ کی
 رنگت عمار کے اتہاب میں پتے نہت رنگ کا ہر بنی امتحان ہوتا ہے۔ ورنہ کے گہرے پرتوں میں سی بی کیفیت نظر آتی ہے۔ یہ سی بی
 کیفیت قرنیہ کے پچھلی حصہ میں خاص طور پر پائی جاتی ہے۔

قرنیہ کے محیط میں چاروں طرف اگر صلیہ کا رنگ نیل یا سیاہی تو اس حالت کو بچوں کے علاوہ بڑے، بزرگوں میں ہمیشہ قرنیہ
 علامت سمجھنا چاہئے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ صلیہ جسم ہر بنی کے ورنہ سی کدوری یا ضرب یا تھب یا تو قرنیہ کے برتنے رجوع و
 میں ہوتا ہے، کی وجہ سے پھول جاتا ہے۔ صلیہ کے رنگ کی تبدیلیوں (Pigmentation) اس کا باعث ہوتی ہے
 جن مقامات پر عروق ہر بنی اس کے اندر داخل ہوتے ہیں وہاں پر سیاہی و رنگوں میں صلیہ کا میا رنگ بنی ہو چکا ہے یا بہت سی
 وگوں کے علاوہ دوسرے شخاں میں ان مقامات پر سیاہی کا پیدائش و رخنہ ناک ہوتا ہے لہذا فوراً معائنہ کر کے
 اس امر کی شناس کرنا چاہئے کہ یہ حالت مرضی ہے یا طبیعت کے نشیبی ہیں۔ اگر اس جگہ پائے جائیں تو جسم ہر بنی کے
 علاوہ نیشہ کا مکان ہمیشہ مد نظر رکھنا چاہئے۔ اگر کسی مقام پر صلیہ پھولا ہو ہے تو تا۔ یک مکرہ میں اس مقام پر تیز روشنی ڈال کر دیکھیں
 کہ روشنی اس کے اندر سے گزر کر آنکھ میں پہنچتی ہے یا نہیں۔ جب روشنی اندر پہنچے گی تو حد درجہ میں روشن ہو جائے گا ورنہ نہیں۔
 قرنیہ کے ختم ہوتے ہی اگر صلیہ کا انخاف فوراً غایب طور پر شروع ہو جائے تو "طوں بھر" اگر ہست آہستہ شروع ہو تو قصر
 بصر کو مد نظر رکھیں۔ پھر معائنہ کی دوسری منزلوں میں اس امر کا فیصلہ کر لیں۔

قرنیہ کا معائنہ | قرنیہ کے معائنہ میں ذیل کی باتوں کو فوراً سے دیکھنا چاہئے۔
 (۱) قوس قرنیہ کی شکل و جسامت

(۲) قرنیہ کی شفافیت۔ اس کی سطح کا چمک دار ہونا۔ اور سطحی نیچوں کا لیت وغیرہ سجائی کیفیت موجود ہو تو دیکھیں کہ آیا
 وہ سطحی ہے یا غائر۔

۳. قرنیہ کی سُر کی یا زید قی (ذکات حسی) وغیرہ

(۴) قرنیہ کی مقادرت

(۵) ۱. دق اگر موجود ہوں تو دیکھیں کہ وہ سٹی ہیں یا غائر۔

قرنیہ کے معاند میں ذیل کے طریقے اختیار کئے جاتے ہیں۔

۱. کھڑکی کے سامنے مریض کو کھڑا کر کے کھڑکی کے عکس کو قرنیہ کے مختلف مقامات پر دیکھتے ہیں۔

۲. مذکورہ بالا عمل کی طرف پتہ سید کے منہ سے قرنیہ کا عکس قرنیہ پر دیکھا جاتا ہے۔

۳. کھڑکی کی روشنی سے کہہ کر دس کے مرکز میں قرنیہ کی مختلف حالتوں کا معائنہ کیا جاتا ہے اس کو تصویر

مرکزی کہتے ہیں۔

(۴) تاریک کمرے میں بجلی کی روشنی مدد سے میں سے گذر کر قرنیہ پر اس طرح ڈالتے ہیں کہ روشنی کا مرکز قرنیہ پر اس مقام میں

بننا جو جس کا معائنہ تصور ہو جس سے کوئلہ سے اور حرکت دیکر قرنیہ کی ساری سطح کا معائنہ کرتے ہیں اس کو تصویر جوبلی کہتے ہیں۔

(۵) تاریک کمرے کے اندر بجلی کی روشنی کے ذریعہ مقررہ قرنیہ کا معائنہ کرنا۔ اس طریقہ امتحان میں مدد سے بھی استعمال کر سکتے ہیں۔

(۶) قرنیہ کو گلسٹن انڈیپ سے روشن کر کے "زائس" کی عینی خوردبین کے ذریعہ قرنیہ کو معائنہ کرنے کا طریقہ (تسویئر ویا)

(۷) آنکھ کے اندر ایک قطرہ فلوئسین کا محلول ڈال کر معائنہ کرنا۔

تھوڑے ہی تجربہ کے بعد ہم کو قرنیہ کی جہات کا طبی یا غیر طبی ہونا معلوم ہو جاتا ہے۔ اگر کسی آنکھ میں قرنیہ جہات میں جھٹکی اور خزانہ مقدم کی گہرائی کم ہو تو زرق الماڈا کا خیال ہونا چاہئے طبی حالت میں قرنیہ شفاف اور چمکدار ہوتا ہے۔ قرنیہ کی سطح سے نیچوں کا عکس ہونا بشری، سر کا کہیں کہیں سے غائب ہوتا۔ یا کسی قسم کی رکڑ کا موجود ہونا یہ سب ایسی چیزیں ہیں کہ اگر غور سے معائنہ نہ کیا جائے تو نظر انداز ہو سکتی ہیں۔ خصوصاً جب کہ خراش بہت معمولی اور رطوبت دمی کا، خراج بہت کم ہو۔ قرنیہ کے قوس کا غیر طبی ہونا یا اس میں انتفاخی حالت کا موجود ہونا۔ اس کی سطح کی بے قاعدگیاں مثلاً کوٹائی (تحدیب) کم ہونا یا گہرے زخموں کی وجہ سے اس کا جھج جانا۔ یہ سب چیزیں ایسی ہیں کہ ان کو معائنہ میں ایک طرف سے آنکھ کو دیکھ کر ہم معلوم کر سکتے ہیں۔

قرنیہ کے معائنہ کے لئے اگر مریض کو ہم کھڑکی کے سامنے کھڑا کر کے دیکھیں تو کھڑکی کا عکس قرنیہ پر پڑے گا۔ اس وقت مریض سے کہیں "اوپر نیچے" "دائیں بائیں" "آہستہ آہستہ" دیکھیے یا معائنہ کرنے والا اپنی انگلی مریض کے سامنے کھڑکی کر کے اس کو آہستہ آہستہ دیکھے

اور عین سے لے کر دو ٹکلی کی طرف دیکھتا ہے۔ اس طرح ہم سر کی کے عکس کو قرنیہ کے تمام محلوں پر دیکھ سکتے ہیں۔ اور قرنیہ کی سطح
بہی حالت میں جو تو کسی مقام پر پہنچنے کی کے عکس میں بے قاعدگی نہ ہوگی لیکن جہاں قرنیہ کی سطح پر خراش یا گڑھاں اثر ہو گیا، جس
مقام پر قرنیہ کی سطحی سطحیں متعلق ہو چکی ہوں گی ان کی ٹکلیوں پر پہنچنے کی کا عکس بے قاعدہ دکھائی دے گا
اگر قرنیہ میں ذہن انتہا پر منتشر ہو جو ذہن زرق امار کی وجہ سے تو قرنیہ کی سطح پر پیا جاسے تو ٹکلی کا عکس کسی قدر خراب
کر باقاعدہ ہو گا۔ اس کے بدلے اگر قرنیہ کی سطحی انتہا ہو یہ سطح پر چوٹ لگنے سے جبکہ قرنیہ پت گیا ہو یا کوئی غیبی جسم اس کے
مذہر موجود ہو یہ تمام کے نشانات اس پر پائے جائیں۔ یہ کسی مقام پر پہنچنے کی ذہنی ساخت کی وجہ سے سجائی کیفیت موجود ہو تو ان تمام
نشانات میں کھڑکی کے عکس میں بے قاعدگیوں پائی جائیں گی۔

مذکورہ تمام نشانات کا معائنہ پسندیدہ کے منظر قرنیہ کے ذریعہ بھی بخوبی کیا جاسکتا ہے۔ یہ روشات کا بنا ہوا قرص نما
سطح اور گول ہوتا ہے۔ جس کا قطر تقریباً ۱۲ انچ یا اس سے کچھ زیادہ ہوتا ہے اس میں ایک طرف دستہ لگا ہوتا ہے۔ اس کی مدد
سطح کے مرکز میں کم طاقت کا ایک عدسی شیشہ لگا رہتا ہے جس کے اندر سے قرنیہ کی سطح پر منظر قرنیہ کے عکس کو معائنہ کرنے والا
بخوبی دیکھ سکتا ہے۔ اسی عدسی شیشہ کی وجہ سے منظر کا عکس قرنیہ پر بڑا دکھائی دیتا ہے۔ اس کی دو مدد سطحیں ہوتی ہیں جن میں سے
ایک بالکل سیاہ اور دوسری پر تقریباً ایک ایک انچ چورسے سیاہ اور سفید جسم مرکب سے بنے ہیں۔ جب اس آئینے کے ذریعہ معائنہ کرنا چاہیں
تو قرنیہ کی پشت کھڑکی کی طرف ہوتا کہ منظر قرنیہ پر روشنی خوب پڑ سکے۔ اب اس آئینے کے چاروں طرف آہستہ آہستہ معمولی حرکت دینے سے
قرنیہ کی سطح پر اس کے روشن عکس کا مطالعہ کیا جاسکتا ہے۔ قرنیہ کا درمیانی حصہ بڑی حد تک محدب ہوتا ہے۔ منظر کی قرص کا عکس
قرنیہ پر چھوٹا، مجازی اور قائم ہوتا ہے۔ اس کے ذریعہ ہم قرنیہ کے وسطی حصہ کی تحدیب کا معائنہ کرنے سے اس کے دونوں اطرافوں
کا اندازہ لگا سکتے ہیں کہ آیا وہ دونوں برابر ہیں یا چھوٹے بڑے۔ (تصویر ۶ ملاحظہ ہو)

نظر غیر مستعد کی حالت میں قرنیہ کے وسطی حصہ میں منظر قرنیہ کی تصویر بجائے گول مدور ہونے کے مبینہ دی ہوگی۔ اگر تار یک
کرہ میں ایسے منظر عین کے ذریعہ معائنہ کریں جس کا مرآہ گول ہونے کے بجائے مدب ہو تو قرنیہ کے وسطی حصہ میں اس کی تصویر بجائے
مربع ہونے کے ہشت پہل نظر آئے گی۔

آنکھ میں فلورسین محلول ڈال کر معائنہ کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ مریض سے کہیں کہ وہ اپنے پیروں کی طرف دیکھے اب نگاہ
سے مریض اٹلی کو اوپر کی طرف اٹھائیں۔ ایسا کرنے سے قرنیہ کے اوپر کا مریض نے ظاہر ہو جائے گا۔ اس پر نہایت خفیت مریض میں فلورسین

معدن میں دھند رانی کی چاروں طرف پھیلنے لگی۔ یہاں پر رکھ کر تھوڑی دیر رہا۔ ہائے رکھیں۔ تاکہ نورسین کی زیادہ مقدار یا اسود کے ساتھ مل کر سب سے زیادہ نورسین چہرے کو رنگین نہ بنائے۔ تھوڑی دیر کے بعد آنکھ کھول کر قرنیہ کو ملاحظہ کریں۔ جہاں شہری خلیات صحت موپے ہوں گے وہاں قرنیہ کا رنگ سبز ہوگا۔

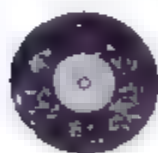
قرنیہ کی سطح کی کیفیت بعض اوقات اس قدر خفیف ہوتی ہے کہ اس کا معائنہ کرنے کے واسطے اور قرنیہ کی گہرائی میں مرضی علامات کو دیکھنے کے لئے ہم کو ذیل کا طریقہ اختیار کرنا پڑتا ہے۔

تاریک کمرہ میں دو فٹ کے فاصلہ پر مریض کے سامنے اور کسی قدر دائیں یا بائیں طرف بجلی کا روشن لمپ رکھ دیتے ہیں اور اس کی روشنی کو کسی طاقتور عدسے میں سے گذار کر قرنیہ پر اس طرح ڈالتے ہیں کہ عدسے میں سے گذری ہوئی شعاعوں کا مرکز قرنیہ پر پڑتا ہے۔ یہاں سے قرنیہ کی پوری سطح کا معائنہ بخوبی ہو سکتا ہے۔ اس تیز روشنی کو قرنیہ کی پوری سطح پر جگہ بہ جگہ سے کوئی معمولی حرکت دے کر لے جاسکتے ہیں اور قرنیہ کی گہرائی میں مختلف مقامات۔ اس کے مؤخر پر۔ طبقہ غنہ اور عدسہ عینہ وغیرہ کا معائنہ کر سکتے ہیں۔ قرنیہ کی سطح کو اگر مذکورہ طریقہ پر روشن کر کے ایک دوسرے عدسے کی مدد سے روشن مقامات کو دیکھیں تو یہ چیز بڑی دکھائی دے گی اور معائنہ میں آسانی ہو جائے گی۔ اس مقصد کے لئے روشن مقام کے نزدیک دوسرا چھوٹا عدسہ مگر پہلے سے زیادہ طاقت (Loupe) رکھ کر اس کے نزدیک آنکھ لے جا کر اس عدسے کے اندر سے روشن مقام کو دیکھیں۔ اگر صاف نہ دکھائی دے تو چھوٹے سے کوئی نزدیک کرتے جائیں یہاں تک کہ طبقہ قرنیہ بڑا اور صاف دکھائی دینے لگے۔ اب جس مقام کا معائنہ مقصود ہو اس کو فوراً دیکھیں۔ یہی طے ہوئے قرنیہ کی سطح کا معائنہ آسانی سے کیا جاسکتا ہے۔ تصویر نمبر ۶۵ دیکھئے۔

مذکورہ بالا طریقہ کے علاوہ صرف ایک بڑے عدسے کی مدد سے بھی قرنیہ کی سطح کو ہم کھڑکی کی روشنی میں دیکھ سکتے ہیں مگر روشنی کی روشنی بھی اس مقصد کے لئے ستمناں نہ کی جائے۔ بیان کئے ہوئے دونوں طریقوں سے قرنیہ کی شفافیت کا پتہ چل سکتا ہے۔ بچپن اور جوانی کے زمانہ میں قرنیہ بالکل شفاف ہوتا ہے یعنی اس کے راپار روشنی کے گذرنے میں کوئی چیز باغ نہیں ہوتی مگر انسانی بچپن میں ہی قدر شفافیت میں کمی آجاتی ہے۔ یہاں تک کہ ساٹھ۔ ستر برس کی عمر میں قرنیہ کے پاروں طرف تھیلی حصہ میں یہ صرف اوپر اور کبھی صرف نیچے کے وسطی حصہ میں کنہ سے پر یک سفید غیر شفاف بلالی قوس پیدا ہوتی ہے جس کو ہم "قوس شیوخیت" (Arcus-Senilis) کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ مگر یہ قوس کنہ سے سے ذرا ہٹ کر قائم ہوتی ہے قرنیہ کے کنارے اور اس قوس کے درمیان قرنیہ کا شفاف حصہ ہوتا ہے۔ قوس شیوخیت چوں کہ کنارے پر واقع



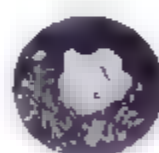
گلسٹر ارد لہ۔ پ اور رائس کی خوردبینی کے ذریعہ قوسیدہ اور اندروں چشم کا معائنہ •



a



b



c



d



a₁



b₁



c₁



d₁

• a b c d منظر قوسیدہ کا عکس قوسیدہ پر

• a₁ b₁ c₁ d₁ کھوکھی کا انعکاس قوسیدہ پر

۶۹ (۱)



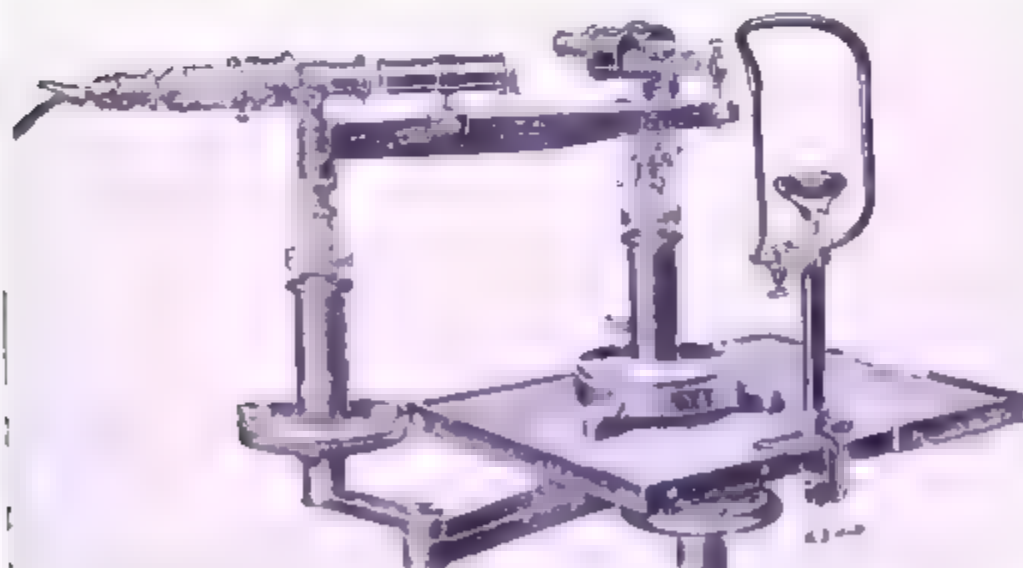
محصن قوبہ

۶۹ (۲)



قوبہ کے معائنہ کوئے کا ٹوپ

۷۰



• صاعو گنسٹوانڈ کا لہمب مع قلوبی خوردبین (رائس)

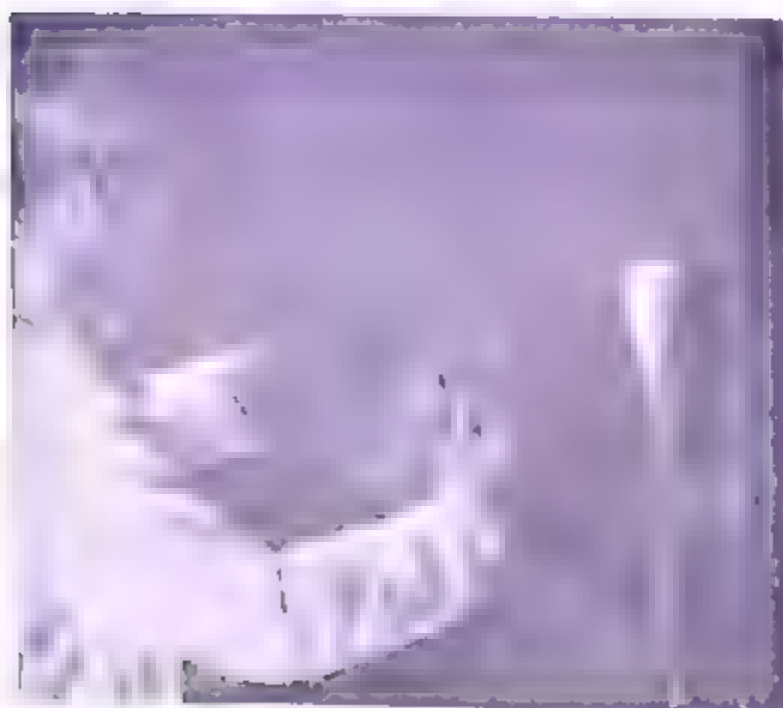
۷۱



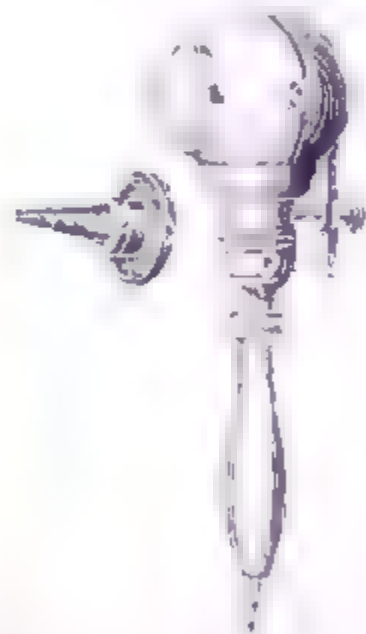
تصویر مورہی کے درجہ معائنہ کرنے کا طریقہ

۱-

۷۳



تصویر مورہی کے درجہ معائنہ کرنے کا طریقہ



ماہر زائس کا لہجہ
جس کے درجہ آنکھ کے
اندرا کا حصہ مدور ہو جانا
ہے اور حد تک روشن نظر
آتا ہے جس جگہ سلعہ
ہو وہ سفید رہتی ہے

ہوتی ہے اس لئے مینائی میں کسی قسم کی رکاوٹ پیدا نہیں ہوتی۔ ہاں قرنیہ کی کدورت یا عدم شفافیت کا اس وقت ضرور اثر پڑتا ہے جبکہ یہ مدتہائیں کے مقابل یا اس کے نزدیک واقع ہو۔

کدورت قرنیہ کے متعلق ضروری باتیں ذیل میں درج کی جاتی ہیں۔ ان سے تشخیص قرنیہ میں مدد ملتی ہے۔

(۱) کیا یہ صحابی کیفیت تازہ (نئی) ہے یا پرانی؟

(۲) کیا قرنیہ کے قرص کا نتیجہ ہے؟

(۳) اگر قرنیہ کا نتیجہ نہیں ہے تو سوال یہ پیدا ہوتا ہے کہ آیا یہ سطحی ہے یا قرنیہ پہ ملتی بشرہ کے اندر کسی

خرابی کی وجہ سے پیدا ہوئی ہے۔ یا یہ قرنیہ کی نیچوں میں واقع ہے؟

(۴) کیا صحابہ قرنیہ کے اندر عروق ہیں۔ اگر ہیں تو کس قسم کے ہیں۔ گہرے ہیں یا سطحی؟

بہت سی بیماریوں میں قرنیہ کے اندر نئے عروق پیدا ہو جاتے ہیں۔ علاج کے لئے ضروری ہے کہ وہ ان عروق کے متعلق جانتا ہو کہ آیا وہ سطحی ہیں یا غائر۔ مقامی ہیں یا منتشر۔ کن سے پر ہیں یا قرنیہ کے مرکز کے قریب۔

سطحی عروق کو گہرے عروق سے ذیل کی باتیں جاننے کے بعد پہچان سکتے ہیں۔

(۱) سطحی عروق قرنیہ کے محیط سے قرنیہ کے قطر میں آتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ مگر گہرے عروق محض قرنیہ پہ

آکر غائب ہو جاتے ہیں۔

(۲) سطحی عروق کا رنگ کھلا ہوا سرخ ہوتا ہے۔ ان کو ہم الگ الگ تیز کر سکتے ہیں۔ مگر گہرے عروق کا

رنگ خاکستری سرخ ہوتا ہے ان کی حدود صاف نہیں ہوتیں۔

(۳) سطحی عروق کی شاخیں ذی شعبتیں ہوتی ہیں۔ گہرے عروق ایک دوسرے کے متوازی ہوتے ہیں اور

ان کے مختلف گروہ شعاعی طور پر پائے جاتے ہیں۔

(۴) سطحی عروق کے انقباض سے سطحی بشرہ اوپر کو اٹھ جاتا ہے۔ یعنی ان کی موجودگی میں قرنیہ کی سطح ناہموار

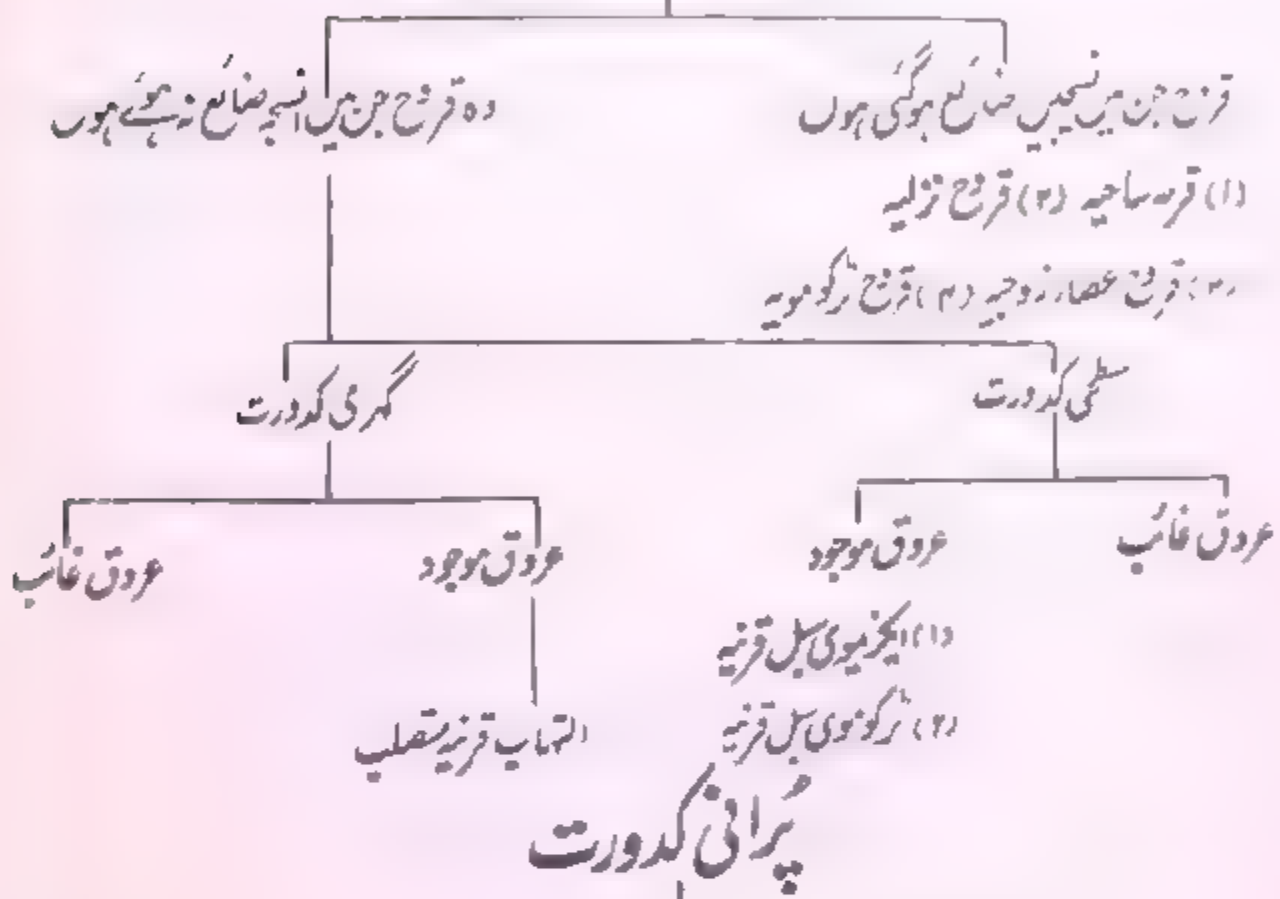
ہوتی ہے۔ مگر گہرے عروق کی موجودگی میں یہ سطحی ناہمواری بالکل نہیں پائی جاتی۔ ہاں سطح کسی حد تک کدورت

ضرور لے ہوئے ہوتی ہے۔

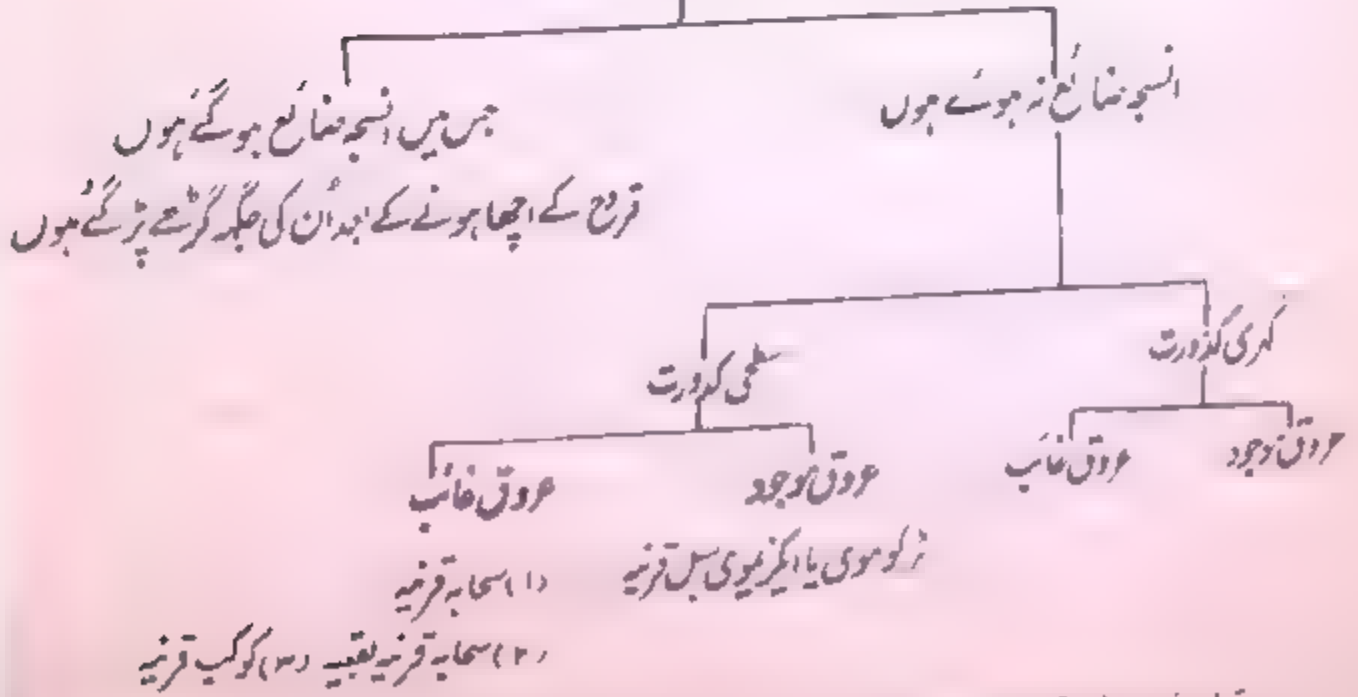
قرنیہ کی صحابی کیفیت اگر تازہ التهاب کی وجہ سے ہو تو اعتقان دُموی (احتقان ہدبی) قرنیہ کے گرد ضرور ہوتا ہے

لیکن جب یہ سببی کیفیت پرست التہاب کا نتیجہ ہو تو استقان ہری غائب ہوتا ہے۔

تازہ کدورت



پُرانی کدورت



قرنیہ سے دونوں قطاروں کا انحن دریافت کرنے کے لئے "جاوال" کا اُرد استعمال کیا جاتا ہے۔ اس کو ہم آلات کے

کے سلسلہ میں منقرض بیان کریں گے۔

قرنیہ کی نوک کاوت جس کو ٹھنڈی روئی کے پتے کاٹ کے ذریعہ کے سر سے دو ٹھنڈے پتے کی بھیجی اور ان سے درمیان موڑ کر تاگے کی شکل کا بنایا گیا ہو۔ اس سے چپو کر محسوس کرتے ہیں یہ فائدہ مند ہے چھوٹے بڑے سے جس کا ایک سرا پتلا ہو۔ ان چیزوں کو قرنیہ پر لگانے سے شبی آنکھ بند ہو جاتی ہے اور آنسو نکلنے سے نہیں۔ اس سے پتے قرنیہ سے اجھان کو اٹھالیں۔

عصب جمعی خامس کے استرخا اور زرق اما (رنیلے پانی) کی حالت میں جب کہ تو تر بڑھ جاتا ہے۔ پڑانے زخموں کے نشانات پر نیز تازہ زخم جن کے گرد چاروں طرف انصباب پایا جائے۔ ان تمام حالتوں میں قرنیہ کی حس بت کم ہو جاتی ہے۔ یہاں تک کہ بعض اوقات انگلی کا سرا۔ پر دوب یا شیشے کی سلائی لگانے سے بھی آنکھ کے اندر انعکاسی حرکت نہیں پیدا ہوتی۔

مقاومت قرنیہ۔ آنکھ میں دو قطرہ کوکین کا محلول ڈالنے کے بعد چند منٹ تک انتظار کریں اس کے بعد قرنیہ کو شیشے کی سلائی سے دبا کر دیکھیں کہ قرنیہ یا مقلدین کے اس حصے میں کتنی مقاومت پائی جاتی ہے۔ امتحان القرنیہ کی حالت میں قرنیہ کے ابھرے ہوئے حصے پر بہت کم دباؤ ڈالنے سے بھی وہ نیچے کر دبا جاتا ہے۔
قرنیہ کا معائنہ خوردبین قرنیہ کے ذریعہ آلات کے سلسلہ میں آئے گا۔ (تصویر نمبر ۷، ملاحظہ ہو)

خزانہ مقدم کا معائنہ | خزانہ مقدم کی گہرائی بچپن اور بڑھاپے میں بہت کم ہوتی ہے۔ اس کے علاوہ بقیہ تمام عمر میں اس کی گہرائی ۲.۵ ملی میٹر ہوتی ہے۔ یہ خیال رہے کہ خزانہ مقدم کی گہرائی کا انحصار

طبقت عنبیہ کی وضع پر ہے۔ قرنیہ کے شعاع ہونے کی وجہ سے عنبیہ اس کے اندر دکھائی دیتا ہے اور قرنیہ محدب سطح والی کر دی نیچ ہے جس میں سے گزرتے ہوئے شعاعیں مسطح ہو جاتی ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ معائنہ میں عنبیہ اور حد قد عین عنبیہ بڑے دکھائی دیتے ہیں۔ اسی طرح خزانہ مقدم کی تمام چیزیں بڑی معلوم ہوتی ہیں۔ اگر معائنہ کرنے والے کی دونوں

آنکھوں کی بینائی درست ہو تو مریض کے سامنے کھڑے ہو کر اپنی بصارت بائینین (Binocular Vision) سے اس کے خزانہ مقدم کی گہرائی کا اندازہ لگا سکتا ہے۔ لیکن مریض کے دائیں یا بائیں طرف کھڑے ہو کر بھی خزانہ مقدم کی گہرائی کا اندازہ لگانا چاہئے تاکہ غلطی کا امکان کم ہو جائے۔

ذائقہ میں خزانہ مقدم کی گہرائی بہت کم ہو جاتی ہے۔ غنہ و ہدیہ کے مشترک التهاب میں بھی یہی حالت پائی جاتی ہے۔ ذائقہ صحت آتا ہے کہ اس میں خزانہ مقدم کی گہرائی مختلف مقامات پر کم و بیش ہو سکتی ہے یعنی یہ ممکن ہے کہ غنہ پر خزانہ مقدم زیادہ گہرا ہو اور مرکز میں کم یا اس کے برعکس ہو۔

خزانہ مقدم کی گہرائی دیکھنے کے بعد اس کی رطوبت میں کسی قسم کے اجزاء پینے جائیں تو ان کو بھی غور سے دیکھنا چاہیے مثلاً قرنیہ کے بعض قزین کی حالت میں درشاذ و نادر قروح کے بغیر بھی خزانہ مقدم میں ارتشاح صدیدی پایا جاتا ہے جس کی سطح ہموار ہوتی ہے۔ چوٹ لگنے کے بعد خزانہ مقدم میں خون بھی پایا جاتا ہے اور کبھی کبھی بغیر کسی سبب کے موجود ہوتا ہے۔

بہاؤات خزانہ مقدم کی رطوبت کدھر ہوتی ہے اس کے اندر باریک باریک ذرات پائے جاتے ہیں جن کی وجہ سے یہ رطوبت مکدر ہو جاتی ہے۔ اگر قرنیہ میں بھی کدورت پائی جائے تو اس کے معائنہ میں بڑی دقت پیش آتی ہے اگر معائنہ میں کوئی بات مشکوک ہو تو خزانہ مقدم کو مرکزی طور پر 'توزیر موربہ' کے ذریعہ دوسرے عدسے کی مدد سے بخوبی دیکھ سکتے ہیں۔ اسی وقت یہ بھی دیکھ لیا جائے کہ قرنیہ کی موخر سطح پر رسوب عاجی دھبوں کی شکل میں تو موجود نہیں ہیں یا رطوبت مائی میں چھوٹے چھوٹے سفید گالے تو نہیں پائے جاتے۔ مذکورہ تمام حالتوں کا پچاٹنا اور معائنہ کرنا تشخیص و نذر مرض کے لئے نہایت ضروری ہے۔

حقیقہ غنہ کا معائنہ اس سے پہلے غنہ کے رنگ کو دیکھنا چاہئے اور اس کے خطوط سطحی شیبہ فراز و سفالی پر غور کرنا چاہئے۔ دونوں آنکھوں کے غنہ کا رنگ مختلف ہو سکتا ہے اور ایک ہی آنکھ کے غنہ کے مختلف حصوں کے رنگ میں بھی اختلاف ممکن ہے۔

خاکستری رنگ کا غنہ جس کے سطحی خطوط پوری طرح صاف اور الگ الگ نہ معلوم ہوں ضمور غنہ کی علامت ہوتا ہے جس کی وجہ ممکن ہے کہ التهاب جسم ہدیہ یا ذرق المار ہو۔

غنہ پر سیاہی مائل بھوسے داغ عام طور پر پائے جاتے ہیں مگر یہ متصلہ سطح سے ابھرے ہوئے نہیں ہوتے ان کو سیاہی مائل بھوسے عقدی اعضاء سے شناخت کرنا نہایت ضروری ہے کیوں کہ یہ عقدی اعضاء سلعہ لحمیہ خبیثہ (Sarcoma) کی علامت ہوتے ہیں اور تدریجاً یا اورام ضمیمہ کی وجہ سے بھی ہو سکتے ہیں۔ غنہ کے سطحی

تھوڑا کا غائب ہونا۔ یا ان کا کسی قدر مینا و مکدر ہونا، امتحانی کیفیت کی دلیل ہے۔ نیٹ ڈبک کا غائب ہونا، اس حد قدیمین کے قاعدہ اور نصاب ہونا، اس کی حرکات و نشانی کے ٹیسٹ سے اس بات کو یقین دلایا جاتا ہے کہ اس کا غائب ہونا، اس کی خاص علامت سمجھنا چاہئے۔

سبب کی وضع کو خورست دیکھیں۔ اس کی تہم و دو، خرست کے صداقت کا معنی میں خاص و چاروں طرف سے سبب غائبی کے پیچھے مدد کا سہارا نہ ہو تو جلد عید نکلیں اور حرکت لینے سے غیب میں ارتعاش پیدا ہوتا ہے جس کی وجہ سے جوتی ہے کہ عید یہ تو بالکل غائب ہوتا ہے یا سر جاتا ہے یا اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے۔ لیکن کوئی مریض تو پریشان کر کے "تویر موربی" کے ذریعہ ہم ان سب حالتوں کو چھٹی طرف دیکھ سکتے ہیں۔

حد قدیمین۔ آنکھ کے امتحان میں حد قدیمین کا معائنہ سب سے پہلے کرنا چاہئے کیوں کہ انکھیں امتحان چشم میں نہ تھیں۔ دو میں ضرور ڈالنا پڑتی ہیں لہذا حد قدیمین کا معائنہ کے بغیر اگر شروع ہی میں ناظرہ ذرا دیر میں ڈالیں تو انکھوں کو تھکا کر دے گا۔ اور اس وقت تک حد قدیمین کا معائنہ نہ کریں گے جب تک کہ ناظرہ ذرا تھکا کر دے گا۔ حد قدیمین کے معائنہ میں ہم کو یہ دیکھنا چاہئے کہ حد قدیمین کی حالت میں ہے یا نہیں۔ دو دونوں انکھوں میں حد قدیمین کی حالت یکساں ہے یا کوئی فرق ہے۔ اگر طبی حالت سے حد قدیمین زیادہ بڑھا ہو یا یا جائے تو مرضی سے درج کرنا چاہئے کہ اس کی آنکھ میں کوئی ناظرہ حد قدیمین دوا تو نہیں ڈالی گئی۔ دیکھنا چاہئے کہ حد قدیمین کے ٹیسٹ سے یہ واقعہ ہے یا نہیں۔ بالکل یا ہلکا سا ہے یا نہیں۔

حد قدیمین کے معائنہ کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ مریض کو روشنی میں بیٹھیں مگر روشنی بہت تیز نہ ہو۔ دونوں آنکھوں پر ایک سی روشنی پڑتی ہو۔ اب مریض کی دونوں آنکھوں کو اپنی دونوں ہتھیلیوں سے ڈھانک لیں مگر جہاں تک ہونے چہرہ پر ہتھیلیاں لگی نہ ہیں۔ مریض سے کہیں کہ سامنے کی طرف دیکھیں اب بعد دیکھیں ایک ہتھیلی کو ہٹا کر دیکھیں اور دوسرے ہاتھ کو دوسری آنکھ پر سے ہٹا کر پتلی کو دیکھیں یہی عمل کئی بار کر کے دونوں آنکھ کے حد قدیمین کے حرکات و غیرہ کا مقابلہ کریں اور نتائج کو نوٹ کر لین اس طرح کرنے سے حد قدیمین کے انما و انقباض کا عمل ظاہر ہوتا ہے اس کو "انکھاس نواری" کہتے ہیں۔

دوسرا طریقہ یہ ہے کہ ایک آنکھ پر سے تھوڑا سا ناظرہ اس طرح ہٹائیں کہ اس آنکھ میں تیز روشنی داخل ہونے لگے۔

در خود سنکھ کو بھی طرح سے دیکھیں اس وقت اس آنکھ کی پتلی کو غور سے دیکھتے رہیں اور دوسری آنکھ پرست
 رہے۔ اب اگر دیکھیں کہ پتلی آنکھ کی پتلی پر کچھ اثر ہوتا ہے یعنی سکڑتی ہے یا نہیں اس کا مطلب یہ ہوا کہ اس
 طریقہ سے ایک آنکھ پر تنویری روشنی ڈالتے ہیں۔ ورنہ وقت اس کی پتلی کے انقباض کو مد نظر رکھتے ہیں۔ پھر
 آنکھ پرست کی طرف متوجہ ہونا کہ پتلی آنکھ کی پتلی کو دیکھتے ہیں کہ ورنہ زیادہ سکڑی ہے یا نہیں۔ اس کو شمر کی آنکھ
 نور کی Consensual Light Reaction کہتے ہیں۔

اب مریض سے دور کی کسی چیز کی طرف دیکھنے کو کہیں اور اس کی آنکھ سے ۱۶ انچ کے فاصلہ پر اپنی انگلی اور
 درمیان سے کہیں کہ وہ اس انگلی کی طرف دیکھے۔ سب وہ دور کی چیز سے نظر ہٹا کر قریب کی انگلی کو دیکھے گا تو
 اپنی حالت توفیق کو کام میں لائے گا۔ اور حدت عین سکڑے گا۔

توفیقی رد عمل مذکورہ عمل کی طرح استقامتی حالت کے لئے بھی حدت عین انکاسی طور پر سکڑتا ہے اگر
 معائنہ بھی ضروری ہے۔

اگر روشنی کے لئے غبیہ کا رد عمل خفیف ہو۔ اور حدت عین تنگ بھی ہو تو تیز روشنی میں معائنہ سے صحیح نتائج پر
 پہنچنا مشکل ہے۔ کیوں کہ قرنیہ کے سطحی انکاسات اس میں دقت پیدا کرتے ہیں۔ ایسی صورت میں مریض کو تاریک کمرے
 کے اندر لے جانا چاہئے۔ اور آنکھ پر عمودی مرکزی تنویر کے ذریعہ روشنی ڈالنی چاہئے۔ اور عدد سے کو معمولی طور پر حرکت دینا
 چاہئے۔ ایسا کرنے سے روشنی کو حدت کے اوپر یا اس سے دور لے جاسکتے ہیں اور پتلی کی حرکات کا معائنہ آسانی سے کر کے
 گرا ب بھی حدت عین میں کوئی حرکت نہ ہو تو معلوم ہو گا کہ اس میں روشنی کے خلاف رد عمل نہیں ہے مگر یہ یاد
 رہے کہ اس طریق معائنہ میں منظر عین کے شیشہ کا استعمال مناسب نہیں ہوتا کیوں کہ مریض اس کی طرف دیکھنے لگتا
 ہے۔ اور اس کا توفیقی رد عمل برسر کار ہو جاتا ہے۔ جس کو ہم غلطی سے روشنی کے خلاف رد عمل سمجھتے ہیں۔ اس بات
 کا ہم خیال ہیں کہ روشنی کی وجہ سے پتلی کا انقباض قائم رہتا ہے یا نہیں۔ اگر حدت عین تنگ ہو اور روشنی کے
 خلاف اس میں رد عمل نہ پایا جائے لیکن توفیقی رد عمل موجود ہو تو ایسے حدت کو (Argyle Raburson Pupil)
 حدت آرگائل رابرٹسن کہتے ہیں۔

حدت کی یہ حالت نامی آشک میں پانی جاتی ہے۔ اور ذکر کی ہوئی باتوں پر عمل کرنے سے دونوں آنکھوں

کے صدقہ میں ذوق بھی معلوم کر سکتے ہیں۔ اب ہم ذیل میں صدقہ عین کے عام علامات بیان کرتے ہیں۔

(۱) مضبوط صدقہ عین جس میں رد عمل غائب ہو یہ آنکھ میں ناشر صدقہ دوا ڈالنے کی وجہ سے ہو سکتا ہے یہ پانی دیکھنے میں آیا ہے کہ مریض کی دہلیز آنکھ کی پتلی زیادہ پھیلی ہوئی ہے۔ اور مین مینیائی کے قریب ہونے کی شکایت کرتا ہے۔ دریافت کرنے پر معلوم ہو کہ مریض اس سے پہلے کوئی مہم و بوجھ مناسبات کے لئے سست رہا تھا اور وہ مہم حقیقتاً بلا ڈوٹ کا تھا۔ جس کو وہ دیر باقی سے مقدم ہونے پر متاثرہ اور مہم سے ملوث ہی تھیں کی لچکیوں کی پتلی آنکھ کو بھی متاثرہ جس کی وجہ سے صدقہ عین مضبوط ہو گیا۔

یہ بھی ممکن ہے کہ کچھ ہی کسی دوسرے مریض کے استمال کی سیسی دوا موجود رہی ہو جس کا اثر صدقہ پر مبالغہ ہو رہا ہے اور اس کو دوسرے شخص نے استمال کیا ہو جس کی وجہ سے صدقہ عین پھیل گیا ہو۔ ہر حال میں تمام امکانات کو ہمیں مد نظر رکھنا چاہئے۔

پتلی پھیل جانے کی حالت میں مریض باریک کام کاج کرنے کے قابل نہیں رہتا دوسرے الفاظ میں یہ کہی جاسکتا ہے کہ مریض صرف باریک کام یا پڑھنے کے متعلق مینیائی کی شکایت کرتا ہے اور صدقہ عین میں روشنی کے نکلنا رد عمل غائب ہوتا ہے۔

صنوبر عصب یا صرہ پوری طرح نہ ہو تو بھی صدقہ کا رد عمل روشنی کے خلاف غائب ہوتا ہے جس کا اصل سبب زرق المار ہوتا ہے۔ عاود زرق المار میں پتلی بہت بڑی ہوتی ہے اور اس میں روشنی کے خلاف رد عمل نہیں پایا جاتا۔ اس کی شکل کسی قدر مینیوی ہو جاتی ہے۔ عمودی قطر، افقی قطر سے بڑا ہوتا ہے۔ یہ حالت عام طور پر ایک آنکھ میں پائی جاتی ہے عصب یا صرہ کے ماؤٹ ہونے کی وجہ سے اگر ایک آنکھ اندھی ہو جائے تو ایک طرف کی پتلی بڑی اور دوسری طرف کی چھوٹی ہو جاتی ہے۔ تندرست آنکھ میں شرکی رد عمل بڑھا ہوا پایا جاتا ہے۔ خصوصاً جب کہ تیسرا عصب محرک (III Nerve) صحیح و سالم ہو پتلی اگر روشنی میں طبی حالت سے زیادہ پھیلی ہے۔ مگر روشنی کے خلاف اس میں کافی رد عمل موجود ہو تو یہ ”قصر بصر“ کی علامت ہے ”فقر الدم“ میں جب عصبی قوت حیات میں کسی قدر انحطاط ہو جاتا ہے تو بھی یہ حالت پائی جاسکتی ہے۔ اسی طرح نخاع میں ”تصلب منتشرہ“ کے ساتھ صنوبر عصب یا صرہ ہونے کی صورت میں بھی یہ کیفیت پائی جاتی ہے۔ اس مرض میں مینیائی کلیتہً بہت کم ضائع ہوتی ہے۔ اوپر کی مذکورہ تینوں

حالتوں میں تشخیص ضروری ہے۔

جسم میں حرکت پروردگار نور تو اس صورت میں حد قعین انکاسی طور پر منبسط ہوتا ہے۔ مگر دونوں طرف انبساط یا تناسل انفریکشنی حساب کفرش شد گردن کے طبقات غدد التهاب الریه، تدرن، مرض التهاب غشاء الریه وغیرہ میں بھی، نہ میں میں انبساط ہو سکتا ہے۔

بعض صورتوں میں منتفی اثر انقباض کے استرخا کی وجہ سے اسی طرف کا حد قعین منقبض ہو جاتا ہے ضرب کی وجہ سے حد قعین منبسط ہو سکتا ہے کمرس کے ساتھ روشنی کے خلاف اس میں رد عمل نہ پایا جائے گا۔

بچہ بزرگ یا نسبت بزرگوں کے حد قعین تنگ ہوتا ہے۔ اگر بچہ روشنی میں کھڑا ہو اور اس کی دونوں نگاہوں کا حد قعین متساوی حالت میں ہوگی۔ اس حالت میں اس کا جو تعلق قرنیہ کے مرکز سے ہے وہ باسانی دیکھا جاسکتا ہے یعنی حد قعین کا مرکز قرنیہ کے مرکز سے برآں مائل ہوتا ہے

تنگ حد قعین میں روشنی کے خلاف رد عمل نہ پایا جائے وہ پرنے التهاب عنبیہ کا نتیجہ ہو سکتا ہے اور تیز التهاب میں بھی پایا جاسکتا ہے۔ اس کا ذکر وجہ وہ انتہائی کیفیت ہے جو موخر عنبی سطح اور مقدم عدسی سطح کے درمیان واقع ہوتی ہے اس کو سمجھنا ہر پر محسوس کرنے کے واسطے آنکھ میں ایسی دوا ڈالنا چاہئے جو حد قعین کو پھیلانے والی ہو دو ڈانے کے بعد دیکھیں کہ حد قعین انبساط باقاعدہ ہوتا ہے یا نہیں۔ اگر انقباض باقاعدہ نہ ہو تو سمجھا جائے گا کہ کبھی التعلق موجود ہے اور نہیں نہیں۔ اگر دونوں حد قعین فرخ ہوں اور ان میں روشنی کے خلاف رد عمل ہی نہ پایا جائے تو مکرزی نظام عنبی کے امر ان اس کا سبب ہو کرتے ہیں۔ تنگ حد قعین جس میں روشنی کے خلاف منتفی کے ساتھ رد عمل ظاہر ہو اور اس کے ساتھ عنبیہ کی سطح بھی میل ہو تو اس کا سبب عنبیہ کا التهاب ہوتا ہے۔ برونڈ پٹنٹ شمع ہوتا ہے یا التهاب قرنیہ کی وجہ سے ثانوی طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔

بعض دواؤں مثلاً ایسیرین، پیلو کربین کے ڈانے سے حد قعین تنگ ہو جاتا ہے۔ جن مریضوں کو انیون لگانے کی عادت ہو۔ ان کا حد قعین بہت تنگ ہوتا ہے۔ جسم بولی میں بنیائی غائب ہو جاتی ہے۔ مگر روشنی کے خلاف رد عمل پایا جاتا ہے۔

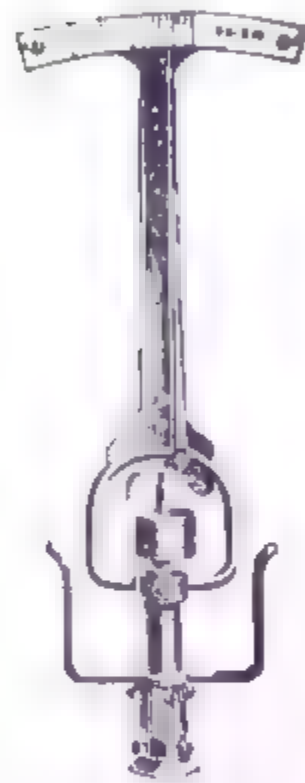
حد قعین میں پٹنٹ غیر منتفی مین کے فورس عدسہ کا صائن کرنا چاہئے۔ صائن میں تو مرکز کو کام میں لائیں۔ اس سے

۷۶ (۱)



ماہر شہوت کے توتو پیماس کے نزدیک
توتو عین دیکھنے کا طریقہ

۷۶ (۲)



ماہر شہوت کا توتو پیماس

ہے۔ اس کو معلوم کرنے کے دو طریقے ہیں

(۱) انگلیوں کے ذریعے جب کہ چوتھے سے یا خراج کے متوج کو معلوم کرنے کے لئے انگلیوں سے کام لیا جاتا

ہے۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ مریض کے سامنے معالج کھڑا ہو مریض اپنے پاؤں کی طرف دیکھتا ہے۔ اسی حالت میں معالج اس کی بالائی جھن پر دونوں ہاتھوں کی انگشت شہادت کو رکھے اور بقیہ انگلیوں کو مریض کی چٹائی پر ٹیک لے اس سے یہ فائدہ ہوگا کہ آنکھ پر رکھی ہوئی دونوں انگشت شہادت اپنی اپنی جگہ پر قائم ہو جائیں گی۔ ایک انگشت شہادت سے آنکھ کو ہلکا سا دبائے رکھیں اور دوسری سے آنکھ کو اندر کی طرف دبانے کی کوشش کریں۔ مگر دباؤ کا کٹھنہ سینے کو ہو۔ دباؤ ڈالنے کے ساتھ خیال کریں کہ دباؤ ڈالنے کے وقت پہلی انگلی کو کچھ محسوس ہوتا ہے یا نہیں! ایسا کرنے سے پہلی انگلی اوپر کو اٹھتی ہوئی معلوم ہوگی دونوں انگلیوں کے توتر کا معائنہ ایک ہی وقت میں دونوں ہاتھوں سے کر سکتے ہیں (ملاحظہ ہو شکل نمبر ۴)۔ اس معائنہ کی مشق تندرست اور طبی آنکھ پر بہت زیادہ کرنا چاہئے تاکہ لمبی تو تر عین کا بخوبی علم ہو جائے۔ پھر اس کے بعد طالب علم کو معلوم ہوگا کہ توتر کی زیادتی سے آنکھ میں کتنی سختی پڑھتی ہے۔ رزق المار کی بیماری میں آنکھ چمک کی طرح سخت ہو جاتی ہے اس صورت میں تو تر عین کے معائنہ سے معلوم ہوتا ہے کہ آنکھ میں سونے سختی کے چمک بالکل نہیں پائی جاتی۔ اس حالت کو ہم $T + 3$ کے نشان سے ظاہر کرتے ہیں۔ دونوں آنکھوں کے توتر عین کا مقابلہ کرنا چاہئے کیونکہ دوسری آنکھ اگر جمعی حالت میں ہو تو عین فرق معلوم ہو جاتا ہے جب آنکھ میں جمعی حالت میں چمک بہت کم ہو تو اس کو ہم $T - 1$ ، $T - 2$ ، $T - 3$ وغیرہ سے ظاہر کرتے ہیں۔

(۲) شیوٹ کے تقیاس تو تر عین سے آنکھ کا توتر معلوم کیا جاسکتا ہے۔ یہ آلسیائی تقیاس توتر عین کے مقابلہ میں کم قابل الطینان ہونے کے باوجود تو تر عین معلوم کرنے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ کیونکہ آلسیائی آلہ کا احتمال انسانی آنکھ میں ناممکن ہو آن کل جتنے آلات اس مقصد کے لئے مستعمل ہیں ان سبھوں میں شیوٹ کا تقیاس توتر عین زیادہ بہتر ہے (ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۵)۔

طریقہ استعمال ایک نمیدنی یا کوکین محلول کے دو قطرے آنکھ میں ڈالیں مریض کو ایسی میز پر چٹائی کر دیں جس کے اوپر چمک کا سمب تک رہا ہو مریض یہ دیکھیں کہ آنکھ کے بالمقابل ہوتا ہے اس کی طرف دیکھتے ہیں قرینہ لگائی ہوئی آنکھ

کے وسط میں ہے۔ ابا و پرتکے بجے روشن بیپ کی طرف دیکھتے تو دہانی سے کہیں اور درست کردہ رے کے زیرِ نظر حصہ کو رجنیہ پر پور پور منطبق ہو جاتا ہے۔ مٹھہ محلول سپرٹ ریٹی نا۔ یا کلوڈ فی رٹ سے صاف کریں واپس دیکھیں سے دھو کر رجنیہ پر رکھ دیں۔ اس آہ کئے یہ مقعر حصہ سے لیکر اپر تک ایک اندر ہوتی جڑ جس کے ذریعہ کی ایک سلائی ہوتی ہے۔ اس سلائی کا زیرین حصہ موٹا ہوتا ہے اور اس کے قعر حصہ کے وسط میں رجنیہ کے اندر کے مطابق خفیف انحناء پایا جاتا ہے۔ اس کا اوپر کا حصہ تپا اور نوک آ رہوتا ہے جو اوپر کی طرف کھسکنے کی صورت میں پوانٹر کے دلتی سے جا کر لگتا ہے اور اس کو اوپر یا نیچے حرکت دیتا ہے جس کی وجہ سے پوانٹر میں دائیں یا بائیں طرف حرکت پیدا ہوتی ہے۔ سلائی کے بالائی تپے سرے سے کچھ نیچے چند چوڑیاں ہوتی ہیں جن پر مختلف اوزان جن کے ایک جانب چوڑیاں ہوتی ہیں۔ کہے جاسکتے ہیں۔ مگر ان اوزان کے گھنٹوں میں یہ خیال رہتا ہے کہ ان میں جس طرف چوڑیاں ہیں وہ جانب اوپر کو رہے۔

مقیاس تو ترعین کا مقعر حصہ جب رجنیہ پر رکھا جاتا ہے تو وزن کے دباؤ کے مطابق رجنیہ نیچے کودتا ہے اور رجنیہ کا نیچے کودنا خود تو ترعین کی کمی بیشی پر منحصر ہے، رجنیہ جس قدر زیادہ نیچے کودتا ہے اسی قدر پوانٹر دہانی جانب کے نشانات کی طرف زیادہ کھسکتا ہے۔ پوانٹر کی حرکت کے مطابق ہم پانچہ کے نشانات کو پڑھ لیتے ہیں۔ پانچہ پر ہیں نشانات بنے ہوتے ہیں۔ تصویر دیکھنے سے سب باتیں سمجھ میں آجائیں گی۔

مقیاس تو ترعین کے استعمال سے نتیجہ اخذ کرنے کے لئے سیماقی مقیاس تو ترعین کے ذریعہ تیار کردہ نقشہ کو دیکھنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ نقشہ رجنیہ پر اس نقشہ کی تطبیق مذکورہ آلہ کے ساتھ کی گئی ہے۔ اس نقشہ پر چار خمیدہ خطوط ہوتے ہیں جن پر مختلف اوزان کے اعتبار سے ۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰، ۲۵، ۳۰، ۳۵، ۴۰، ۴۵، ۵۰، ۵۵، ۶۰، ۶۵، ۷۰، ۷۵، ۸۰، ۸۵، ۹۰، ۹۵، ۱۰۰ گرام تک نمبر لپے جاتے ہیں ماٹر شیوٹ نے یہ اوزان رجنیہ کی مقاومت کے لحاظ سے مقرر کئے ہیں عموماً اس وزن کا استعمال صحیح ہوتا ہے جس سے پوانٹر کی نوک ۲ سے ۴ ملی میٹر تک ہٹے۔ نقشے کے نیچے والے ضلع پر ایک سے بیس تک نشانات بنے جاتے ہیں ان کی مطابقت ان نشانات ہوتی ہے جو شیوٹ کے مقیاس تو ترعین کے پانچہ پر بنے جاتے ہیں۔ مذکورہ نقشہ کے دائیں ضلع پر اسے ۲۰، ۳۰، ۴۰، ۵۰، ۶۰، ۷۰، ۸۰، ۹۰، ۱۰۰ گرام تک نشانات بنے ہوتے ہیں جو تو تر کو سیماقی مقیاس تو تر کے ملی میٹر درجات میں ظاہر کرتے ہیں۔ رجنیہ پر شیوٹ کا مقیاس تو ترعین لکھنے کے بعد پانچہ کے جس نشان پر پوانٹر ہو اس کو نوٹ کر لیں۔ اور اس وزن کو بھی دیکھ لیں جو استعمال کیا گیا ہے۔

ب مبیس تو زمین کا ہندسہ نشانی دیکھ کر اسی مقام سے ایک خط مستقیم اوپر کی طرف لے جائیں۔ جہاں پر یہ خط مستقیم منحنی خط سے تقاطع پیدا کرے جس پر ستملہ وزن کا نمبر لکھا ہے اسی مقام تقاطع کی سیدھ میں ہیں۔ تب کا ہندسہ دیہیں۔ یہ ہندسہ سیابی مبیس تو تر کے اعتبار سے مبیس میں اس آنکھ کے تو تر کو ظاہر کرے گا۔ مثال کے طور پر کہ جاسکتا ہے کہ فرض کیجئے کہ کسی آنکھ کے تو تر کو معلوم کرنے کے لئے اگر اgram والا وزن استعمال کیا گیا جس کی وجہ سے پورے حرکت کرے ۹ کے نشان پر تھیرا تو سیابی نشہ کے اعتبار سے ۹ کے نشان سے اوپر کھینچا جانے والا خط مستقیم اگر اgram وزن لئے خیدہ خط سے ایسے مقام پر تقاطع پیدا کرتا ہے جس کی سیدھ میں دہنی طرف ۲۰ کا ہندسہ ہے لہذا نتیجہ یہ نکلا کہ اس آنکھ کا تو تر ۲۰ ملی میٹر سیاب کے برابر ہے۔ تطبیق کے لئے سیابی نقشہ کو ملاحظہ فرمائیں۔

منظار بعین کے ذریعہ آنکھ کا معائنہ | آنکھ کے اندرونی حصے جو "عدسہ" کے چھپے واقع ہیں۔ ان کو منظار بعین کی مدد کے بغیر بالکل نہیں دیکھ سکتے۔ اس کی وجہ آنکھ کے مناظرات کے مطالعہ سے معلوم ہوگی۔ معمولی حالات میں "سدرہ مین" سیاڈھنی

Ophthalmoscopic Examination

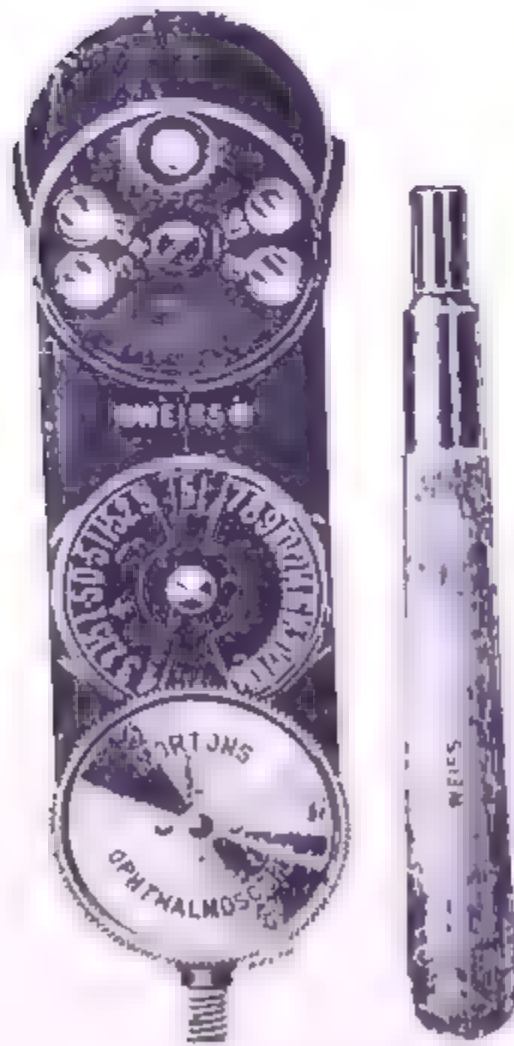
دیتا ہے اور تعریضی کے سرن انعکاس کو ہم نہیں دیکھ سکتے۔ مگر جب آنکھ کے سامنے ایک نوری مرکز قائم کیا جائے اور آنکھ اس کی طرف دیکھتی ہے تو (جیسا ہم پہلے بیان کر چکے ہیں کہ نوری مرکز کی شبیہ شبکیہ پر بنتی ہے۔ شبیہ اور باہر والا نوری مرکز دونوں آپس میں زوجی ماسکہ امداتے ہیں، نوری مرکز کی شبیہ ایک روشن نقطہ کی صورت میں شبکیہ پر بنے گی۔ دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہے کہ اگر "شبکیہ" پر کے روشن نقطہ کو ہم نوری مرکز پر لائیں تو اس سے نور کی شعاعیں چل کر آنکھ کے سامنے نوری مرکز پر جمع ہوں گی۔ اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ معائنہ کرنے والی آنکھ میں ان شعاعوں

نصویریں



میں سے کوئی شعاع بھی منقذ نہ ہوگی۔ جب تک یہ آنکھ ہی مرکز کے مقام پر نہ ہو۔

اس اہم مسئلہ کو "باج" نے مشہور ۴ میں حل کیا اور اس کے بعد ماہر سلیم ہولٹز نے منظار بعین کو ایجاد کر کے معائنہ کرنے والے کی آنکھ اور نوری مرکز ہر دو کے مقام کو یکجا کر دیا۔



مارش کا ملاحظہ کرنے

حالت پائی جاتی ہے جس کو ہم تنویر مرکزی (Focal illumination) سے دیکھ سکتے ہیں۔

شدید "قصر بصر" والی آنکھ میں آنکھ سے نکلنے والی شعاعیں پہلے اتدقائی اور آنکھ کے نقطہ بعیدہ پر مجتمع کے بعد "مقع" ہو جاتی ہیں۔ لہذا اگر معائنہ کرنے والی آنکھ اس مقام سے پر سے مناسب جگہ پر ہو تو اس کے ان شعاعوں میں سے بعض شعاعیں داخل ہو سکتی ہیں۔ اور یہ معائنہ آنکھ روشن نظر آ سکتی ہے۔ غیر طبعی حالت کے بھورے رنگ والے شخاص کی آنکھ اس لئے روشن نظر آتی ہے کہ ان کی آنکھوں میں روشنی صرف حد سے نہیں بلکہ غیبیہ و سمبید سے بھی داخل ہوتی ہے۔ طبعی حالت میں سمبید سے اندر سے آنکھ میں نہایت خفیف روشنی داخل ہوا کرتی ہے۔ اس موقع پر اگر ہم منظار لعین کی منقرت یا رخ بیان کردہ تو اس کے استعمال کے اصول کو سمجھنے میں آسانی ہوگی۔ منظار لعین کے فوائد اور ان کی نسبت کا صحیح اندازہ فان سلیم ہوٹلز کے زمانہ یعنی ۱۸۷۱ء میں ہوٹل فان سلیم ہوٹلز کا منظار لعین صرف شیشے کی ایک تختی پر مشتمل تھا جس کے استعمال کا طریقہ یہ تھا کہ زیر معائنہ آنکھ کے نزدیک روشنی رکھی جاتی تھی اور معائنہ کرنے والی آنکھ کے سامنے شیشے کی اس تختی کو بڑھا کر کے ہر طرح رکھتے تھے کہ کچھ روشنی اس سے منعکس ہو کر زیر معائنہ آنکھ پر پڑے۔ اس شفاف تختی میں سے معائنہ کرنے پر معائنہ کرنے والے کی آنکھ میں زیر معائنہ آنکھ سے واپس آنے والی کچھ شعاعیں داخل ہوتی تھیں جس سے معائنہ کرنے والے کو "قعر عینی" روشن نظر آتا تھا۔ مگر چونکہ شیشے کی تختی سے بہت کم شعاعیں منعکس ہو کر زیر معائنہ آنکھ میں داخل ہوتی تھیں اس لئے "قعر عینی" بہت کمبولی طور پر روشن ہوتا تھا۔ بہر حال اس سے اتنا ضرور معلوم ہو گیا کہ باہر سے منعکسہ شعاعوں کو اس طریقہ پر آنکھ میں داخل کرنے سے ہم "قعر عینی" کو روشن کر سکتے ہیں۔ مگر ضروری ہے کہ زیر معائنہ آنکھ کی انعطافی طاقت کی خرابی کے درست کرنے والے عدسے کو بطور انکسائی تختی کے استعمال کیا جائے، ایسا کرنے سے انعطافی طاقت کی خرابی والی آنکھ کا معائنہ بھی ممکن ہے۔

فان سلیم ہوٹلز نے ایک تختی کے بجائے نیچے اوپر تین تختیاں رکھ کر منعکسہ روشنی کی مقدار کو بڑھا لیا اور کچھ دنوں کے بعد اسی شیشے کی تختی کو مرآۃ بنا کر انکسائش شعاع کے لئے اور بھی زیادہ طاقت کو کرا لیا گیا۔ اور اس کے درمیان میں تھوڑا سا حصہ صرف شیشے کی صورت میں رہنے دیا گیا مگر اس

کے باوجود قعر یعنی بہت معمولی طور پر روشن ہو ا کیونکہ ”سطح مرآة“ سے شعاع نور کی بہت کم مقدار منعکس ہو کر لکھ میں داخل ہوتی ہے۔ اس کی ذریعہ یہ ہے کہ ”سطح مرآة“ سے منعکس ہونے والی شعاعیں متبع ہو جاتی ہیں۔ اسی لئے ”روشنی“ نے ”ششہ“ میں مقعر مرآة ایجاد کیا اور اس کے وسط میں ایک چھوٹا سا سورج بھی بنایا۔ اس کے بعد ”امیر“ مارٹن نے ایک ایسا طبقہ مرآة کے پیچھے لگا دیا جس کے ذریعہ سورج کے ساتھ ہر ایک قسم کے مثبت اور منفی عدسے رہا جاسکتے ہیں۔ چنانچہ رائج آلات مختلف اقسام کے منظار یعنی اسی اصول کا عملی جامہ میں مگر آجکل سب سے زیادہ مقبول منظار یعنی ”مارٹن“ کا ہے۔ اب ہم منظار یعنی کے استعمال کے طریقے بیان کرتے ہیں منظار یعنی کے استعمال کے دو طریقے ہیں۔

(۱) بلا واسطہ (۲) بالواسطہ

منظار یعنی میں دو ”مقعر مرآة“ ہوتے ہیں ایک بڑی سیدھی اور دوسرا چھوٹا اور ترجیحا لگا ہوتا ہے۔ بڑا مرآة بالواسطہ امتحان کے لئے استعمال کیا جاتا ہے اور چھوٹا بلا واسطہ امتحان کے واسطے بڑے مرآة کا طول ماسکہ، سنٹی میٹر اور چھوٹے مرآة کا ۱۰ سنٹی میٹر ہوتا ہے۔ اگر منظار یعنی میں ان دونوں مقعر مرآة کے ساتھ سطح مرآة بھی ہوں تو اور بھی زیادہ بہتر ہے۔ سطح مرآة قعر یعنی کی انعطافی طاقت کو معلوم کرنے میں بڑی مدد دیتا ہے۔ منظار یعنی کے ذریعہ معائنہ میں ترقیب و تنظیم کا خیال بہت ضروری ہے اس میں مہارت اسی وقت حاصل ہوتی ہے جب کہ ذات خود اپنے ہاتھوں سے اس کو دیکھے۔

امتحان کی ترقیب حسب ذیل ہونی چاہیے۔

- (۱) ابتدائی امتحان۔ یعنی سے ایک میٹر تک فاصلہ پر بیٹھ کر صرف مرآة کے ذریعہ معائنہ کیا جائے۔
- (۲) معائنہ بلا واسطہ فصلی۔ یعنی سے ۲۰ سنٹی میٹر کے فاصلہ پر بیٹھ کر صرف مرآة کے ذریعہ کیا جاتا ہے
- (۳) معائنہ بالواسطہ
- (۴) معائنہ بلا واسطہ

ذیل کی توضیحات سے مذکورہ طریقہ امتحانات کا فائدہ معلوم ہو جائے گا۔
طرز ترقیب نمبر ۱۔ سے ہم آنکھ کی انعطافی طاقت کا اندازہ کرتے ہیں اور اس کے ذریعہ سب سے زیادہ غلطیوں

سے خونہ نہ بنے ہیں جو نزدیک سے متحسین کرنے پر سرزد ہو سکتی ہیں۔

طریقہ نمبر ۲ سے ہم کو شفاف دستوں کے اندر بڑی تبدیلیاں خصوصاً سحابی حالت کا پتہ چلتا ہے جو اس طریقہ سے معائنہ کرنے پر فوراً عیاں ہو جاتی ہے۔

طریقہ نمبر ۳ وہم سے ہم س کے فیصلہ میں مشتبہ رہتے ہیں۔ اگر آنکھ میں کسی مقام پر طول بصر کی بنا موجود ہو تو اس کا پتہ بھی چل جاتا ہے جیسا کہ پہلے طبی مقام سے ”شبکیہ“ کا اکھڑا ہوا ہوتا یا اس کے اندر مدہ کی موجودگی سے اس کا اوپر کو اٹھانا معلوم ہو جاتا ہے۔

بواسطہ معائنہ میں قمر عینی کا عمومی منظر نظر آتا ہے اور اسی کے ذریعہ ہم کسی حد تک قمر عینی کو بڑا کر کے دیکھ سکتے ہیں۔ گویا کہ یہ امتحان ہلکی طاقت والے خوردبینی عدسے کے امتحان کا ہم پڑ ہے اور بلا واسطہ طریقہ سے قمر عینی کو دیکھنا گویا بڑی طاقت والی خوردبین کے ذریعہ اس کے معائنہ کرنے کا مترادف ہے۔

علیٰ کو چاہیے کہ یہ امتحان کسی ایسے بچے سے شروع کریں جو ہسپتال میں چشمے کے لئے آیا ہو۔ اس کے حد قد میں ”کو پیلے“ ایئر وین ڈال کر منبسط کر لیں پھر اندھیرے کمرے میں لے جا کر معائنہ کریں ”ابناط حد قد کے علاوہ یہ وین“ کا دوسرا فائدہ یہ ہے کہ اس کے اثر سے ”عضلہ بدلی“ مسترخ ہو جاتا ہے پھر طاقت توفیق کا نہیں کرتی۔ معائنہ کرنے والے کو خود اپنی آنکھ کی طبی حالت یا انعطافی خرابی کا علم ہونا چاہئے تاکہ استنانات میں وہ اس کا خیال رکھے۔ مریض کو اندھیرے کمرے میں روشنی کے پاس بٹھا دیا جائے۔ روشنی مریض کے اُس طرف ہونا چاہئے بعد مہر کی آنکھ کا معائنہ مقصود ہو اگر روشنی کو مریض کے چہرے کے ایک طرف کافی پیچھے رکھیں اور جہاں تک ممکن ہو زیر معائنہ آنکھ پر اندھیرا رہے۔ معائنہ کرنے والا مریض کے سامنے ایک میٹھ کے فاصلہ پر بیٹھ کر منظر ارضین کے بڑے ”مستمر مرآة“ کے ذریعہ مریض کی آنکھ کے اندر روشنی ڈالے اور منظر ارضین کے سورج میں سے اس کو دیکھتا رہے۔ اس کام میں مشق اور مہارت کی ضرورت ہوتی ہے۔ مگر طلباء بہت جلد یہ مدد پیدا کر سکتے ہیں۔ جب روشنی آنکھ پر پڑتی ہے تو ”حد قد عین“ روشن ہو جاتا ہے۔ طبی حالت میں روتن رقبہ کے اندہ کسی مقام پر سیاہ دھبے نہیں پائے جاتے مذکورہ طریقہ سے معائنہ کرنے پر یا تو حد قد کا رنگ سرخ منظر نظر آئے گا یا قمر عینی کے حد قدی روشن ہونے میں غیر صفات تفصیلات نظر نہیں آئیں گی۔ اب اگر معائنہ کرنے والا مرآة کو



ملفوظات المہین کے ذریعہ سے واسطہ معائنہ چشم



ملفوظات المہین کے ذریعہ سے واسطہ معائنہ چشم

دائیں بائیں اور وپر نیچے کو ٹیٹھا کر کے تو معانہ کرنے والے کو نیز یہ معانہ آنکھ کی انطافی حالت کا کسی حد تک علم ہو جائے۔
اب معانہ کرنے والے کو چاہئے کہ کھڑا ہو کر مریض کے نزدیک آجائے یہاں تک کہ اس کی آنکھ مریض کی
آنکھ سے ۹ انچ کے فاصلہ پر ہو۔ اس مقام پر ”مرآۃ“ کے سوراخ میں سے وہ قرنیہ کو دیکھ سکتا ہے اور ”عنبیہ“
بھی بخوبی نظر آتا ہے۔ خارجی امتحان سے اگر اس نے کچھ نتیجہ نکال لیا تھا تو اس کو زمرہ دو بارہ دیکھ کر پتہ
معانہ کے نتائج سے تطبیق ملے۔

اس کے بعد معانہ کرنے والا مریض سے ایک ہنر کے فاصلہ پر مہجہ جاسے۔ اور مریض کی آنکھ پر ”بڑے
”مقعر مرآۃ“ سے روشنی ڈالے ۲ بعد یہ طاقت والا محدب عدسہ بائیں ہاتھ میں لے کر مریض کی آنکھ کے سامنے
رکھے مگر عدسہ عمودی نہیں ڈرا تر تھپی وضع میں ہو۔ پہلے تو معانہ کرنے والے کو صرف ”عنبیہ“ محدب عدسہ کے ذریعہ
بڑا دکھائی دے گا۔ مگر جب وہ عدسہ کے اندر سے روشن حدتہ کو عبور دیکھے گا اور ”عدسہ“ کو آنکھ سے پنی طرف
اہستہ اہستہ ہٹائے گا تو ایک خاص مقام پر نہایت صاف مگر الٹا نقشہ قرعینی کا نظر آئے گا۔ اس طریقہ کے لئے
بھی مہارت کی ضرورت ہے مگر جب معانہ کرنے والا مناظریات کے اصول بخوبی جانتا ہو تو اس کو اس طریقہ کے
سمجھنے اور اس پر عبور حاصل کرنے میں بہت تھوڑا وقت لگتا ہے۔

معانہ کرنے والا ایک مرتبہ پھر مریض کے نزدیک آجائے۔ اس وقت معانہ کے لئے اس کو چھوٹا۔ تر تھپی
مقعر مرآۃ استعمال کرنا چاہئے۔ مرآۃ اس طرح تر تھپی ہو کہ روشنی کی طرف جھکا ہے۔ معانہ کرنے والے کو
پا بنے کہ اس کے سوراخ میں سے پہلے آنکھ کو دیکھے اور اس پر روشنی ڈالے جس کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ
ذرا ہٹ کر مریض کی آنکھ پر مرآۃ کی روشنی ڈالے اور سوراخ سے دیکھتے ہوئے مریض کی آنکھ کے نزدیک آتا
اے مگر اس امر کا خیال رکھے کہ روشنی مریض کے حدتہ میں سے ہٹ نہ جائے۔ معانہ کرنے والے کو مریض کے
اس قدر نزدیک آجانا چاہئے کہ دونوں بھویں ایک دوسرے کے بہت ہی نزدیک ہو جائیں۔

مریض اور معانہ کرنے والے دونوں کی آنکھیں طبعی حالت میں ہوں یعنی ان میں کوئی انطافی خرابی نہ ہو تو بھی
التجربہ کار شخص کو قرعہ منی مدہم اور غیر صاف دکھائی دے گا۔ یہی حالت میں معانہ کرنے والے کو چاہئے کہ منظر المین
د اپنی جگہ پر قائم رکھتے ہوئے انگشت شہادت سے منظر المین کے نیچے والے نشان دار حلقہ کو اس طرح دکھاتا جائے

بجائے جہاز کے ملات جاتے "مقعہ مدے" سورانج کے سامنے آتے جائیں۔ ایسا کرنے سے ایک وقت پر
 نہ ہونے دینی کی عینیں بالکل صاف طریقہ پر دکھائی دے گی۔ اس صورت میں بالواسطہ طریق معائنہ کے خلاف
 تعمین کی سہولت پیدا ہوگی۔ اب ہم ان باتوں کو بیان کرتے ہیں جن کا جاننا معائنہ کے ہر درجہ
 میں ضروری ہے۔

۱۔ ابتدائی معائنہ مقعہ مرآۃ کے ذریعہ ایک میٹر کے فاصلہ سے کیا جائے۔ اس معائنہ میں معائنہ کرنے
 والے کی بصارت بھی فزین کی جاتی ہے خواہ وہ خود طبی بصارت رکھتا ہو یا اپنی آنکھ کی انعطافی خرابی کو عینک
 کے ذریعہ تھپک کرچکا ہو اور یہ معائنہ آنکھ کی طاقت تو نیک زائل کر دی گئی ہو۔ دائیں آنکھ کے دیکھنے کے واسطے مغرب
 سے کیا جائے۔ وہ معائنہ کرنے والے کی چھوٹی انگلی (چھپکلیا) کو دیکھتا ہے یہ انگلی منظر احمین پر کرنے والے
 ہاتھ کی ہوتی ہے جو معائنہ کرتے وقت اٹھادی جاتی ہے۔ بائیں آنکھ کا معائنہ کرتے وقت مریض کو معائنہ
 کرنے والے کے دائیں کان کی طرف دیکھنے کی تاکید کی جائے۔ ایسا کرنے سے "قرص بصری" جو کہ آنکھ کے "منظر قطب
 سے ذریعہ جانب واقع ہوتی ہے۔ معائنہ کرنے والے کی آنکھ کے بالکل سامنے آجاتی ہے جب "قرص بصری"
 "قدیمین کے مقابل" جاتی ہے تو "قری انعکاس" ایک میٹر کے فاصلہ پر بجائے سرج کے سفیدی مائل یا کم سرخ
 نظر آتا ہے۔ اگر آنکھ میں بہت زیادہ "طول بصر" لاحق ہو یا بہت زیادہ "قص بصر" موجود ہو تو ہم کو کسی حد تک قری
 عین کی عینیں نظر سے لے لی جینی "قری انعکاس" کے اندر کچھ عروق دکھائی دے گے۔ اس کو سمجھنا کچھ مشکل امر
 نہیں ہے۔ اس وقت سب سے پہلے ہم طول بصر والی آنکھ کے متعلق بیان کرتے ہیں۔

اگر ہم "نقطہ شبکیہ" پر دو نور نقطہ فزین کریں مثلاً قرص بصری کے دونوں کناروں پر دو روشن نقطہ
 ہوں تو ان سے جو نور کی شعاعیں نکلیں گی وہ قمع ہوں گی اور ایسا معلوم ہوگا کہ وہ شبکیہ کے پیچھے دو
 میدان غلوں سے رہیں گی۔ جس قدر نور کا فاصلہ بڑھتا جائے گا اسی قدر یہ شعاعیں زیادہ قمع ہوتی جائیں گی
 معائنہ کرنے والے کی آنکھوں میں یہ میٹ کے فاصلہ پر ان دونوں نقطوں سے چلنے والی شعاعیں داخل ہونگی
 مگر معائنہ کرنے والا کرپا ہے تو اپنی طاقت تو فزین سے تھوڑا کام لے کر ان شعاعوں کو "شبکیہ" پر ایک مرکز
 پہنچا رہا ہے اور اس طرح وہ ہر نقطہ کی صاف شبیہ دیکھ سکتا ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ جب ان دونوں نقطوں کی

صحیح درصاف شبیہ اس کے شبیکہ پر بنے گی تو بقیہ قرص بصری کی شبیہ بھی صاف ہوگی۔

اب معائنہ کرنے والا ذرا ایک

طرف کو ہٹ جائے اور زیر معائنہ

آنکھ اپنی جگہ پر قائم رہے تو

مقابل کے نقطہ سے زیادہ نمایاں

اور اس نقطہ سے جو اسی طرف

جدھر حرکت کی ہے کم نمایاں

آنکھ کے اندر داخل ہونگی وہ اپنی

جگہ پر ان نقطوں کے قائم رہنے

کے باوجود ”قرعینی“ کا با مقابل

شکل نمبر ۸



مرآۃ کے ذریعہ معائنہ جب کر معائنہ کرنے والے کا فاصلہ بعض سے ایک میٹر ہے۔

(۱) زیر مشاہدہ آنکھ میں طول بصر ہے

(۲) معائنہ کرنے والے کی آنکھ میں کی افغانی طاقت بھی جو کمرہ سے

آتی ہوئی متعین شعاعوں کے لئے طاقت توینٹیس میں برابر کار ہے

حصہ زیادہ دکھائی دے گا اور جس طرف حرکت کی ہے قرعینی کا اس طرف کا حصہ کم نظر آئے گا۔ نیز یہ نقطہ اسی

طرف کو حرکت کریں گے جس طرف کو معائنہ کرنے والا یا ”منظر البین“ کا مقعر مرآۃ حرکت کرتا ہے

معائنہ کرنے والا اپنے خیال میں ”حد قرعین“ کو مقابلہ کے لئے ایک قائم شے سمجھتا ہے اور جب مقابل کی

طرف کا قرعینی سامنے کو زیادہ نظر آتا ہے اور دوسری طرف کا اتنا ہی حصہ غائب ہو جاتا ہے تو معائنہ کرنے والے

شخص کو روشنی کی حرکت اپنی حرکت کے مطابق نظر آتی ہے۔

اگر ایک میٹر کے فاصلہ سے معائنہ کرنے پر ”حد قرعین“ کے اندر عروق نظروں اور کسی جانب ہمارے سر کی حرکت

ہونے سے اسی طرف کو عروق بھی متحرک معلوم ہوں تو نتیجہ اخذ کیا جاتا ہے کہ آنکھ میں ”طول بصر“ موجود ہے۔

اب ہم ”قصر بصر“ والی آنکھ کو لیتے ہیں۔ اس آنکھ کے اندر فرضی نقاط سے باہر کو نکلنے والی شعاعیں بہت

زیادہ استعداتی ہوں گی۔ لہذا ان نقاط کی حقیقی اور لٹی شبیہ آنکھ کے نقطہ البیدہ پر بنے گی یعنی اس شبیکہ کا معائنہ

معائنہ کرنے والی اور زیر معائنہ دونوں آنکھوں کے درمیانی فاصلہ پر ہوگا۔ یہاں سے ”مجموعہ شعاعیں“ متعین

ہو کر معائنہ کرنے والی آنکھ میں داخل ہوں گی۔ اور اسی وجہ سے شبیہ کی جگہ پر خود ہی شے ایسی رکھی ہوئی

تیں ہوتی۔ معائنہ کرنے والی آنکھ کے "شبکیہ پر بہت ہی قریب دونوں کی شبیہ درست ہوگی۔ مگر یہ بھی سرتوت
جب کہ اس کی طاقت توفیق باطل کم ہو۔ یہی حالت نیمت طول بصر والی آنکھ میں ہو سکتی ہے۔ مگر اس میں نقطہ بعیدہ شبکیہ
کے اس قدر پیچھے واقع ہوتا ہے کہ آنکھ سے نکلنے والی شعاعیں بہت کم متبع ہوتی ہیں یعنی قریباً متوزی رہتی ہیں۔ اس سے
اگر ایک میٹر کے فاصلے سے روشنی کی شعاعیں منعکس کی جائیں تو حدوقین کے اندر سرخ انعکاس دکھائی دیتا ہے۔ مگر اس کے
ساتھ قرعینی کی کوئی تفصیل نظر نہیں آتی۔ یہی صورت میں ہم نتیجہ اخذ کرتے ہیں کہ آنکھ یا تو طبیعی بصارت والی یا خفیف
طول بصر والی ہے۔ مذکورہ طریقہ سے بھی زیادہ آسان طریقہ آنکھ کی انعطافی طاقت کے معلوم کرنے کا یہ ہے کہ بڑے
"مقرمۃ" سے آنکھ کے اندر روشنی ڈالیں اور مختلف اطراف میں اس کو حرکت دیں۔ ایسا کرنے سے "حدوقین" کے
اندر حرکت کرتا ہوا ایک سایہ دکھائی دے گا۔ اگر یہ سایہ سیسا ہی رہے ہو تو سمجھنا چاہئے کہ آنکھ میں انعطافی خرابی
بہت زیادہ ہے۔ جب یہ سایہ ہماری حرکت کے خلاف متحرک ہو تو آنکھ کے اندر طول بصر گر موافق سمت میں حرکت سے
تو بصر کی شکایت ہوگی۔ مگر یہ فیصد اسی وقت صحیح ہوگا جب کہ "مقرمۃ" سے کیا گیا ہو۔ اس طریقہ کو ہم
انعطافی طاقت کی خرابیاں معلوم کرنے کے لئے استعمال کرتے ہیں۔ آگے چل کر اس کو ہم منتقل بیان کریں گے۔

۲۱) منظار لعین کے ذریعہ ۲۲ سنٹی میٹر کے فاصلے سے آنکھ کا ابتدائی معائنہ

اس فاصلے سے معائنہ کرنے والا بغیر کسی دوسرے آلہ کی مدد کے اپنی آنکھ سے بخوبی معائنہ کر سکتا ہے
اور آنکھ کے ظاہری حصص کو بہت صاف طور پر دیکھ سکتا ہے۔ اگر معائنہ کرنے والے کو "بصر شوخت"
لاحق ہو تو اس کا تدارک کر لینا چاہئے۔ اور اگر طول بصر ہو تو موٹا محدب عدسہ لگا لینا چاہئے
لیکن قصر بصر لاحق ہو تو مرصع کے نزدیک آجانا ہی کافی ہوتا ہے۔
اس طریقہ معائنہ سے ذیل کے فوائد حاصل ہوتے ہیں۔

۱) مختلف انعطافی واسطوں میں سجابی بیضیت یا غیر شفاف مقامات کا پہچانا۔

۲) اکھڑے ہوئے شبکیہ یا دوسری چیزوں کا معلوم ہونا جب کہ وہ عدسے کے پیچھے بہت دور واقع ہوں

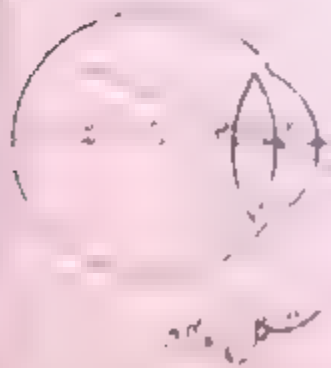
۳) بیرونی معائنہ کے نتائج کی تطبیق

اگر آنکھ کی حالت طبعی ہو تو قری النکاس سرت ہوتا ہے مگر جب شعاعوں کے راستے میں کوئی مقام غیر شفاف ہوگا تو شعاعیں نکاس ہونے سے رک جائیں گی اور یہ مقام سیاہ نظر آئے گا۔ جب پورے عرصہ غیر شفاف ہو یہ

انسانی دماغوں میں غیر شفاف مقامات کا معلوم کرنا

زجاجیہ کے اندر خون کا انقباض ہو چکا ہو تو پورا منظر سیاہ ہو سکتا ہے۔ زجاجیہ میں خون موجود ہونے کی حالت میں تنویر موربی کے ذریعہ دیکھنے پر عدسے کے پیچھے خون نظر آئے گا۔ لیکن یہ اسی وقت جب کہ خون زجاجیہ کے اندر عدسے کے نزدیک ہو۔ اس صورت میں منکسر روشنی کی وجہ سے خون سرخ نظر آتا ہے غیر شفاف مقامات شکل تہم وراپنے مقام کے ہی ذرا سے مختلف ہو سکتے ہیں ان کا صحیح مقام معلوم کرنے کے لئے ہم بہت کوشش کرتے ہیں۔ کیوں کہ اس سے ان کی نوعیت معلوم ہو سکتی ہے۔

سب سے پہلے ہم یہ فیصلہ کرتے ہیں کہ کیا غیر شفاف مقام درست کرتا ہے یا نہیں؟ اس کو معلوم کرنے کے لئے ہمیں سے دیکھیں۔ بائیں۔ اوپر۔ نیچے اور پھر سامنے مختلف جانب دیکھنے کو کہا جائے۔ اگر کوئی غیر شفاف مقام تیر رہا ہو تو وہ آنکھ کے سکون کی حالت میں بھی حرکت کرتا رہتا ہے۔ یہ غیر شفاف جسم آنکھ کے اندر خزانہ مقدم میں یا زجاجیہ کے اندر ہو سکتا ہے خزانہ مقدم میں اگر ایسا جسم پایا جائے تو اس کو ہم مختلف ذرائع سے دیکھ سکتے ہیں۔ اگر زجاجیہ کے اندر اس غیر شفاف جسم کی حرکات بہت زیادہ آزاد ہوں تو سمجھا جائے گا کہ زجاجیہ طبعی حالت سے زیادہ تیار ہے اور وہ طبعی حالت میں نہیں ہے۔ جب غیر شفاف مقام آنکھ کی حرکت کے ساتھ حرکت کرے تو اس کا مطلب یہ ہے کہ غیر شفاف مقام یا تو قریہ میں ہے یا عدسے میں یا زجاجیہ میں اس حالت میں زجاجیہ کا قوم طبعی اور پہلی نما ہوگا مذکورہ باتوں کو معلوم کرنے کے بعد ہم فیصلہ کرتے ہیں کہ اس کا صحیح مقام کہاں ہے۔



اس کو معلوم کرنے کے لئے ابتدائی مائزیم ہم مقعر راہ کو تھما کرتے ہیں

شکل نمبر ۱ میں اگر ہم ۱، ۲، ۳، ۴ کی گردش کام کرمان میں اور ۱-۲-۳-۴ مختلف غیر شفاف مقامات ہیں

کریں تو انکے کھانے پر غیر شفاف مقامات ۳-۲-۱ چوں کہ انکے مابعدی مرکز کے ساتھ ہیں اس لئے وہ انکے
 کی حرکت کے ساتھ حرکت کریں گے اور جو مقامات ۳-۲-۱ میں مرکز کے پیچھے ہیں وہ اس کے خلاف حرکت کریں گے لیکن ۳-
 چوں کہ خود مرکز ہے اس لئے اس میں باطل حرکت نہ ہوگی۔ یہ مقامات ۳-۲-۱ مرکز گردش سے جس قدر دور ہوں گے۔
 اسی قدر ان میں زیادہ حرکت ہوگی۔ منفرد یعنی کے ذریعہ ہم ۳-۲-۱ مرکز کو نہیں معلوم کر سکتے۔ اسی لئے عملی طور پر ۳-۲-۱
 کے کنا سے کو مقابلہ کے لئے نظر میں رکھتے ہیں۔ ب ۳-۲-۱ مرکز کرنے والے شخص مقام دالف پر ہو تو تمام غیر شفاف
 مقامات چونکہ ایک خط پر ہوں گے اس لئے مدد عین کے مذرب ایک خط معلوم ہوں گے۔ لیکن جب معائنہ کرنے والا
 اپنی جگہ کو بدل کر مقام ۳-۲-۱ پر چلا جائے اور اتنی ہی دور آنکھ مخالف جانب کو نکھادی جائے تو غیر شفاف
 مقام مدد عین کے درمیان ۳-۲-۱ کا۔ نمبر۔ ۳ کے ایک کنا سے کی طرف حرکت کرتا ہوا معلوم ہوگا اور ۳-۲-۱
 ۵ اس کے مخالف جانب حرکت کرتے ہوئے معلوم ہوں گے نمبر ۵ عین کے بالکل پیچھے چھپ جائے گا۔ مذہم یہ
 اصول مقرر کرتے ہیں کہ اگر آنکھ کو خاص جانب تھوڑا سا حرکت دیں تو جو غیر شفاف مقامات "مدد عین" کی سطح پر
 ہوں گے وہ غیر متحرک رہیں گے اور اس کے پیچھے والے مخالف جانب حرکت کرتے ہوئے معلوم ہوں گے اور ان کی ظاہری
 حرکت کا فاصلہ مدد عین کے مقابلہ میں ان کے صحیح مقامات کو ظاہر کرے گا اور سامنے والے اسی جانب حرکت کرتے رہیں گے
 اس کے علاوہ قرنوی انکاس کو بھی معیار کے طور پر استعمال کر سکتے ہیں۔ گویا کہ یہ انکاس "مقررہ" کا
 کا ہوتا ہے جو قرنیہ کی مقدم سطح پر بنتا ہے۔ معمولی "مقررہ" کے ذریعہ دیکھنے میں یہ انکاس "مجذبی" اور قرنیہ
 کی مقدم سطح سے ۳ ملی میٹر پیچھے ہوتا ہے اور یہ جگہ عدسہ کی مقدم سطح کے ذرا پیچھے یعنی شکل نمبر ۱ کے ذرا پیچھے
 ہوگی اور قرنیہ کے انحناء کا مرکزہ ۳ ملی میٹر پیچھے سنی عدسہ کی موخر سطح (شکل نمبر ۳) سے ۳ ملی میٹر پیچھے واقع ہوتا ہے
 یہ قرنوی انکاس موخر اندک مقام کو ہمیشہ ڈھانک لے گا خواہ آنکھ کسی حالت میں کیوں نہ ہو۔ اسی لئے غیر شفاف مقامات
 اس انکاس کے ساتھ ہی حرکت کریں گے اور غیر شفاف وہ مقامات جو اس کے پیچھے واقع ہوں گے وہ اس کے
 خلاف حرکت کریں گے۔ لہذا مقام دالف پر جب آنکھ ہوگی تو تمام غیر شفاف مقامات مدد عین کے مرکز میں نظر
 آئیں گے بلیا کہ مقام دالف پر معلوم ہوتا ہے اور جب آنکھ مقام د ب پر ہوگی تو وہ "ب" کی سطح نظر میں آئے گی
 علیٰ ہذا القیاس عدسہ کی موخر سطح کے غیر شفاف مقامات زیادہ سے زیادہ مدد عین انکاس کے کنا سے تک شاید ہی

پونچیس مگر مقدم آجب کے غیر شفاف مقامات میں سے بہت زیادہ ہٹ جائینگے۔

شفاف مضمون سے آنکھ کے اندر روشنی ڈالنے پر ایک ظاہری غیر شفاف مقام نظر آتا ہے جس کو پہچاننے کا مذکورہ طریقہ بہترین ہے۔ تحقیقت یہ اس عدسہ کا ایک کنارہ ہوتا ہے جس میں قطع واقع ہوا ہو۔ عدسہ میں اگر کوئی ضلعی نقص ہو تو اسی طرح ہمارے کوئی پچن سکتے ہیں۔ کیوں کہ نقص عدسہ کے کنارے پر ایک دھڑلے کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے۔ اگر عدسہ کا کنارہ صدقہ کے درمیان میں ہو تو یہ سیاہ ہلال کی صورت میں نظر آتا ہے مگر مرکز میں مرئی انعکاس کے ساتھ مل جاتا ہے اس کی وجہ یہ ہے کہ عدسہ کے کنارے سے روشنی منعکس تو ہو جاتی ہے مگر آنکھ سے باہر نہیں نکلتی اور نہ معائنہ کرنے والی آنکھ میں داخل ہوتی ہے اسی لئے یہ کنارے سیاہ ہلال کی صورت میں دکھائی دیتے ہیں۔

کبھی زجاجیہ کے اندر بہت لطیف اور غیر شفاف مقامات بھی پائے جاتے ہیں۔ ان کو دیکھنے کے لئے اگر مقررہ استعمال کریں اور روشنی بھی بہت تیز ہو تو بھی ہم اس کو بالکل نہیں دیکھ سکتے۔ وجہ اس کی یہ ہے کہ یہ باعتبار دوسرے غیر شفاف مقامات کے زیادہ شفاف ہوتے ہیں۔ اس کے علاوہ ان کی سطح سے کچھ روشنی کا انعکاس بھی ان کے دیکھنے میں حائل ہوتا ہے یعنی یہ خود اندر جانے والی روشنی سے منور ہو جاتے ہیں گویا کہ اس روشنی میں یہ غائب ہو جاتے ہیں۔ ان کے دیکھنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ معائنہ میں سطح مرآۃ استعمال کریں کیونکہ سطح مرآۃ سے منکسر شعاعیں "تسع ہوتی ہیں۔ اسی لئے آنکھ کے اندر روشنی بہت کم داخل ہوتی ہے۔ مگر جب معائنہ کرنے والے کے پاس سطح مرآۃ موجود نہ ہو تو روشنی کے مرکز کو کم روشن کر دینا چاہئے لیکن یہ طریقہ قابل اطمینان نہیں ہے۔ اگر مرآۃ کے پیچھے دیکھنے کے لئے منفریہ لین کے سوراخ کے سامنے محجب عدسہ رکھ لیں تو یہ سحابی مقامات بہت آسانی سے دکھائی دیتے ہیں۔

اکھڑے موئے شبکیہ کو پہچاننا | اکھڑا ہوا شبکیہ اپنے مقام سے بہت زیادہ سامنے بڑھ آتا ہے۔ اسی لئے اس مقام پر شبکیہ کی صورت شدید طول بصر والی آنکھ کے قرعینی کے مانند ہوتی ہے۔

اس صورت میں اگر ہم ۲۲ اینٹی میٹر فاصلہ سے مقرر مرآۃ کے ذریعہ آنکھ میں روشنی ڈالیں تو آنکھ کے اندر سے منکسر شعاعوں میں سے چند شعاعیں معائنہ کرنے والے کی آنکھ میں داخل ہوتی ہیں جس کی وجہ سے قرعینی کے انعکاس

کے مختلف اطراف میں بین فرق نظر جاتا ہے۔ قومی بعض جگہ سرخ بن جگہ خاکستری اور بعض جگہ سیاہ بھی ہو سکتا ہے۔ اگر ہم غور سے معائنہ کریں تو ایک رقبہ غیبی مہرٹ کا نظر آئے گا۔ جس پر سیاہ لکیریں لکھائی دیں گی۔ یہ راسل شبکیہ کے۔ وقت ہوتے ہیں مذکورہ خصوصیت کو یاد رکھنا چاہیے کیوں کہ مبتدی کھٹے کھٹے نئے شبکیہ کی شکل، شباب بہت پریشان کن ہوتی ہے اور با واسطہ و بے واسطہ دونوں طریقوں سے دیکھنے کے بعد ہی ان کی تطبیق شکل ہوتی ہے۔ مگر جب پسے محسن مرآۃ کے ذریعہ معائنہ کیا جائے تو یہ دشواری پیش نہیں آتی اور سٹل معائنہ کرنے سے دوسری اشیاء مثلاً وہ سلسلہ جو شبکیہ کو سامنے کی طرف تشکیل رہا ہو اس کو اور خود شبکیہ کے سلسلہ کو بھی ہم دیکھ سکتے ہیں۔ مگر جب شبکیہ آگے کی طرف کو کافی طور پر بڑھا ہو تو اس وقت تک اس طریقہ سے مکمل تشخیص ممکن نہیں تاوقتیکہ اکھڑ ہو شبکیہ صاف طور پر نظر نہ آئے اور جب تک ایسا نہ ہو اس وقت تک اس یقین کرنا بھی مناسب نہیں ہوتا۔

آنکھ کے بیرونی حصص کے معائنہ سے حاصل ہونے والے نتائج کی تطبیق

اس طریقہ امتحان سے ہم صرف سابقہ نتائج میں تطبیق ہی نہیں لے سکتے بلکہ اس سے ہم کو مزید معلومات بھی حاصل ہوتی ہیں۔ اس کے ذریعہ ہم عدسہ کے اندر کے غیر شفاف مقامات کا خاکہ تیار کر سکتے ہیں۔ کیوں کہ یہ غیر شفاف مقامات مذکورہ طریقہ سے سرخ زمین میں سیاہ دھبوں کی صورت میں نظر آتے ہیں۔ اس کے علاوہ ان سیاہ دھبوں کے صحیح مقامات سے بھی ہم کو آگاہی حاصل ہوتی ہے۔

یعنی جب آنکھ کے اندر کسی جسم غریب کے داخل ہونے کی بھری بیان کرے تو اس وقت اس امر کا امکان محو خاطر ہے کہ اس کے عنبیہ کے اندر سیاہ داغ نہ موجود ہو کیوں کہ یہ ممکن ہے کہ غریب جسم "عنبیہ" کے اندر سے داخل ہوا ہو جس کی وجہ سے عنبیہ کے اندر سیاہ داغ چڑ گیا ہو۔ اگر اس وقت ہم مرآۃ کے ذریعہ معائنہ کر لیں تو یہ عقدہ حل ہو جائے گا۔ کیوں کہ کسی نہ کسی مقام پر اس سوراخ سے شبکیہ کا سرخ انوکاس ضرور نظر آئے گا۔ اگر یہ بھی خیال ہے کہ اگر اس سوراخ کے اندر سے شبکیہ کا سرخ انوکاس نظر آئے تو اس کا یہ مطلب نہیں کہ عنبیہ میں سوراخ نہیں ہے۔ کیوں کہ سرخ انوکاس نظر نہ آنے کی یہ وجہ بھی ہو سکتی ہے کہ اس سوراخ کے پیچھے عدسہ غیر شفاف ہو جائے۔ اس سے قطعی صحتی ہوئی ایک مثال ہم اوپر پیش کرتے ہیں۔

کسی مہینے کے غنیہ کے بدن کن سے پر یک سیاہ دانغ ہے اور اس کی سطح حدّ عین کی طرف محدب نظر آتی ہے تو یہی صورت میں نہیں ہے کہ یہ جسم ہر لی کا سلعہ خبیثہ ہو جو صلیبہ کو اندر سے بڑھ کر نکلا ہو ہر لی کناس پر غنیہ کے ٹک ہو جانے سے بھی یہ کیفیت پیدا ہو سکتی ہے۔ مگر موخر لفظ صورت میں مرآۃ کے ذریعہ روشنی کے پڑنے میں مقام پر ہم کو شبید کا سرخ انکاس دکھائی دے گا۔ اور سلعہ خبیثہ کی صورت میں ایسا نہ ہوگا۔

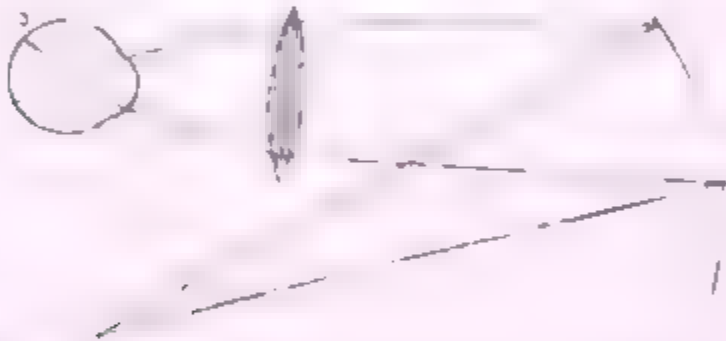
بہر پٹ بتا پٹ میں کہ سطح معائنہ کرنے سے مختلف لفظی واسطوں کے اندر کے غیر شفاف مقامات سیاہ دھبوں کی صورت میں نظر آتے ہیں اور یہی بتا پٹ میں کہ سطحی غیر شفاف مقامات چقرنیہ میں ہوں یا عدسہ کی سطح سے نزدیک ہوں ان کو بھی حالت میں دیکھنے کے لئے بہتر ہے کہ آنکھ کے نزدیک ہو کر دیکھا جائے کیوں کہ بہتر سے سطح سے زیادہ روشنی منعکس ہو کر کچھ معائنہ کرنے والے کی آنکھ میں داخل ہو جاتی ہے جس لئے ان کی اس حالت نظر آ جاتی ہے۔

اس واقعہ پر یہ غرض ہر جائز ہو گا کہ اس صورت میں آنکھ کے نزدیک ہونے سے معائنہ کرنے والا اپنے فاصلہ قریب کے اندر ہو گا اس لئے ہر چیز صاف نظر نہ آئے گی۔ مگر اس ذرا بی کا مدار کہ ہم اس طرح کرتے ہیں کہ جس قدر آنکھ سے زیادہ نزدیک ہوتے جاتے ہیں مثلاً راعین کے مرآۃ کے پیچھے اسی قدر زیادہ طاقت والے محدب عدسے لگاتے جاتے ہیں ایسا کرنے سے ہماری طاقت توفیق کو مد ملنے کے علاوہ دوسرا فائدہ یہ حاصل ہوتا ہے کہ غیر شفاف مقام بڑا دکھائی دینے لگتا ہے جب ہم آنکھ کے بہت ہی نزدیک پہنچ جائیں اور مرآۃ کے پیچھے ۲۰ بصر طاقت والا محدب عدسہ لگادیں تو غیر شفاف مقام بہت بڑا دکھائی دینے لگتا ہے۔ مگر حیل کہ یہ محدب عدسہ بڑا دکھانے والی نمونی عدسہ کا کام دیتا ہے لہذا آنکھ کو مرکز میں لانے کے لئے ذرا آگے یا پیچھے کو حرکت دینا ضروری ہوگا عدسہ کے برابر سے بھی ہم مرکز کا اندازہ لگا سکتے ہیں لیکن بہتر طریقہ یہ ہے کہ قرنیہ سے ذرا ہٹ کر اوپر کو نگاہ رکھتے ہوئے آگے بڑھیں۔ یہاں تک کہ قرنیہ بالکل صاف ورنہ خوبی نظر آنے لگے اور اس کے اندر کا غیر شفاف مقام بھی صاف دکھائی دینے لگے۔ اب اگر ہم یہ چاہیں کہ اسی مقام سے عدسہ کی سطح سے نزدیک والے غیر شفاف مقام کا معائنہ کریں تو اس مقصد کے لئے حسب ذیل دو طریقوں میں سے کوئی ایک طریقہ اختیار کرنا ہوگا

(۱) آنکھ سے ہم نزدیک ہوتے ہیں یہاں تک کہ عدسہ کے غیر شفاف مقامات نظر آنے لگیں۔

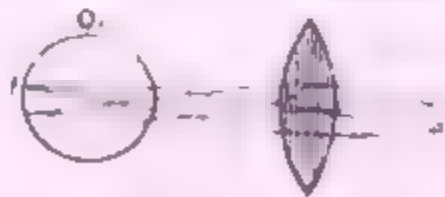
۲۰۱۲ بصیرت طاقت والے مدرسے کو عادت کے سامنے آکا چلے ہیں اس کو ہر اس سے طاقت و طاقت
 "تائین" کے "منظار بعین" میں یہ رہنمائی ممکن ہے اس کا ایک طریقہ یہ بھی ہے کہ وہ ہر طاقت و طاقت کے
 سامنے تہہ نیا نیا ہر طاقت و طاقت کے سامنے لایا جائے۔ یہاں تک کہ غیر شفاف مقامات فضا کے
 مختلف "منظار بعین" میں ایک جگہ میں ۲۰ بصیرت طاقت والے مدرسے لکھا جاتا ہے جو اسی طرح و اس کے پیچھے پڑتا
 ہے۔ اور دوسرے جگہ میں دوسرے چھوٹے مدرسے ہوتے ہیں کہ ہم سانی سے اس کے سامنے رہتے
 ہیں۔ اس دوسرے طریقے سے مدرسے کا غیر شفاف مقام اس قدر بڑا دیکھ لی نہیں۔ یہ بتا کر پیش طریقہ سے

منظار بعین کے ذریعہ آنکھ کا بواسطہ معائنہ کرنے کے کا طریقہ یہ ہے کہ آنکھ و طاقت والے
 معائنہ بالواسطہ کچھ بھی ہو اس کے سامنے طے قوت و جذب مدرسہ کر اس کو شدید قسم بعد والی آنکھ ہر



جائے ایسا کرنے سے معائنہ
 کرنے والی آنکھ اور محدب
 کے درمیان قعر یعنی کی ایٹمی
 اور قمری شبیر بننے کی ایک طرف سانی
 سے شکل نمبر ۵ و ۶ میں سمجھ
 سکتے ہیں جس آنکھ کا معائنہ

معائنہ بالواسطہ: قمری کا معائنہ جس میں ذریعہ شش و ہر سے ان کے قعر سے ایک ٹکڑی کا یہ ہے
 آنکھ اور مدرسے میں سے ان ششوں کا گزرنہ اور میدان تنویر کا قبضہ دیا گیا ہے



مقصود ہے کہ وہ قعر بصیر والی
 ہو تو اس کے قعر یعنی سے باہر
 نکلنے والی استعداتی تداعیر
 مدرسے کی وجہ سے اور زیادہ
 استعداتی کیفیت اختیار
 کریں گی اور شبیر جو ہمیشہ

معائنہ بالواسطہ: قمری سے نکلنے والی تداعیر شبیر کو باقی میں محدب مدرسے آنکھ کی مقصد سلی
 سطح پر ہے آنکھ کے اندر داخل ہونے والی تنویری ششیں مدرسے کے گزرنے والی سے
 گزرتی ہیں اور آنکھ کے نقطہ قاطع سے گزرنے والی ششیں مدرسے کی وجہ سے استعداتی ہوتی
 دونوں کی ششیں مقام پر قاطع پیدا کرتی ہیں شبیر کا مقام جو شبیر صورت میں ملتی ہے۔

قعر بصیر والی آنکھ میں ایسی ہوتی ہے مدرسے کے نزدیک آجائے گی، اگر آنکھ کی مینائی طبعی ہو تو وہ

تہوں میں مستد قاتی ہوں کی، اور بہار میں اپس میں قعات پیدا کریں گی وہاں پر شبیہ بنائیں گی، مگر جب آنکھ حوالہ
بہار میں ہو تو ہر نکلنے والی شے میں در بھی تیرہ مستد قاتی ہوں کی کیوں کہ جو عدسہ ہم مذکور میں سستوں رینے
ہیں اس کے لئے طول بھر والی شعاعوں کا تہرچہ ہوتا ہے۔

مذکورہ بیان سے ظاہر ہوتا ہے کہ ایک عدسہ سے لینی شبیہ مختلف مدت پر بنتی ہے اور شبیہ کے دور
ہم مختلف زیر معائنہ شے کی انعطافی طاقت پر ہوتا ہے۔ مگر عدسہ تکبیر سے ہر حالت میں ایک ہی قسط یعنی پانچ
ہواں، سکہ، پر رکھی جائے تو طبعی بصارت والی آنکھ میں شبیہ عدسے کے مرکز پر اس سے پرے بنے گی۔ وچر بھر
والی آنکھ میں عدسہ کے نزدیک۔ طول بھر والی آنکھ میں عدسہ کے پرے بنے گی۔



تو ہم بتوں میں شبیہ
ہوتی ہے اور اس کی بڑی
ہم مختلف شے کی طاقت انعطافی

شکل نمبر ۸

عدسہ کی طاقت اور اس کے
فاصلہ پر ہوتا ہے۔ مگر البتہ
وقت والے عدسے کے
یہ قدر یعنی پانچ گنا بڑا دکھائی دیتا ہے۔ یا بوسطہ طریق معائنہ میں بڑی دشواری یہ ہوتی ہے کہ آنکھ اور عدسہ
کا انعکاس اس میں عابج ہوتا ہے۔ جیسا کہ صرف راء کے ستون میں ہم دیکھ چکے ہیں کہ قرنیہ کی سطح پر اس کا انعکاس
دکھائی دیتا ہے۔ اگر اس انعکاس کو ہم محدب عدسہ کے درمیان سے دیکھیں تو یہ بڑا دکھائی دے گا اور یہ بھی ممکن
ہے کہ یہ انعکاس عدو عین کے سامنے آجائے اور اس کے پیچھے کوئی چیز دکھائی نہ دے۔ اس کے علاوہ محدب عدسہ
کی سطح جو منہ کرنے والے کی آنکھ کی طرف ہوتی ہے وہ ایک دوسرے محدب راء کا کام دیتی ہے جس کی وجہ سے عدسہ
کے پیچھے بھی ایک انعکاس پیدا ہوتا ہے۔ علیٰ ہذا القیاس عدسہ کی موخر سطح جو مرئی کی طرف ہوتی ہے وہ ایک
مقعر راء کا کام دیتی ہے جس کی وجہ سے عدسہ کے اس حصہ پر جو معائنہ کرنے والے کے نزدیک ہو ایک انعکاس پیدا
ہوتا ہے جو بہت بھگت دہ ہوتا ہے، لیکن یہ انعکاس معمولی حرکت سے علیحدہ کیا جاسکتا ہے۔

بہن میں کاتھس ہے۔ وہ مدنی نگاہیں زیادہ ٹھیک ۵۰ ہونے ہیں جو حدس کی مقابل سوں پر
 ان شے سے بہت ہوتے ہیں کہ حدس و صراحت سے زیادہ یہ سب بچائے تو یہ ۵۰ میں پتہ ہیں جن میں بہت زیادہ رہنا
 جس کی وجہ سے دونوں کے درمیان سے ہر گز نہ رہنا پڑتا ہے کہ حدس و صراحت سے زیادہ یہ سب بچائے تو یہ ۵۰
 میں رہنا تاکہ نہ کی صورتیں شے میں ہو۔ لی تو یہ ہیں کہ دور میں اس شے کو دیکھنے کی دکانوں سے بہت زیادہ
 دکان کی دکان میں اس کی وجہ یہ کہ حقیقت اس طرح سے کہ عظیم الشان ہو رہا ہے Aslamiati in پید ہو جاتا ہے
 لہذا اس طرح سے اس بھری ٹیڑھی سڑکی جانی شے کو اس کی وجہ سے عظیم الشان ہو رہا ہے وہم کو دیکھ کر یہ شے
 دوری شکل اس میں یہ ہے کہ اس سے زیادہ قریب ہو رہا ہے نہ اس میں بہت بڑی کی شکست بڑھتی
 ہیں۔ کیوں کہ زیادہ نزدیک ہونے سے کسی چیز کی حالت سنبھل نہیں دیکھتی، جتنی جھٹک ہو کہ باواسطہ سائز کے
 دوران میں خیال کرتے ہیں کہ وہ حدس میں کو دیکھ رہے ہیں اس سے حدس میں کو وہ باہل نہیں دیکھ سکتے ہوتے
 بعد معاملہ یہ ہوتا ہے کہ جب قریبی پوری اثر نہ لگتا ہے تو اس کی طاقت تو فیض قریبی کے دیکھنے میں ہٹ
 ہوتی ہے اور قریبی کی شبیہ حدس اور مرض کے درمیان فاصلہ میں کسی نہ کسی مقام پر ہوتی ہے۔ اس سے ظاہر
 ہے کہ وہ حدس میں سے باہل ملکہ پیر ہے۔ ہم کر کچھ دور مناسب فاصلہ پر ہوں تو بھی بغیر کسی آہ کی مدد
 صرف نظر سے اس شبیہ کو دیکھ سکتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ نزدیک ہو جانے سے یہ شبیہ خراب نظر آتی ہے
 اور صاف نہیں دکھائی دیتی۔ کیوں کہ یہ فاصلہ مرض کے قریبی اور ممانہ کرنے والے کے نقطہ قریب کے درمیان
 فاصلہ سے بھی کم ہوتا ہے۔ اس شکل کا تذکرہ اس طرح ممکن ہے کہ ہم اپنی طاقت تو فیض کو محدب عدسہ سے مدد
 دیں اور + البصریہ یا + البصریہ طاقت والا۔ منظر راہین کے مراحہ کے پیچھے لگائیں ایسا کرنے سے یہ شبیہ نہ صرف
 صاف ہو جائے گی بلکہ بڑی بھی دکھائی دینے لگے گی۔

مریض کی آنکھ کے سامنے محدب عدسہ رکھنے کا ایک خاص

مریض کی آنکھ کے سامنے محدب عدسہ رکھنے کی جگہ

فائدہ ہوتا ہے جہاں پر عدسہ کو رکھ کر ہم اس کے قریبی
 کو دیکھ سکتے ہیں، سب سے پہلے محدب عدسہ مریض کی آنکھ کے سامنے رکھ کر ممانہ شروع کرنا چاہئے۔ عدسہ کو ایک جگہ
 قائم کرنے کے لئے اپنی چنگلی کو مریض کی پیشانی پر ٹیک دینا چاہئے۔ اب محدب عدسہ کو بہت آہستہ اپنی طرف لادیں

ہاں تاکہ زخمی کی شبیہ بدل صاف دکھائی دیتے لگے۔

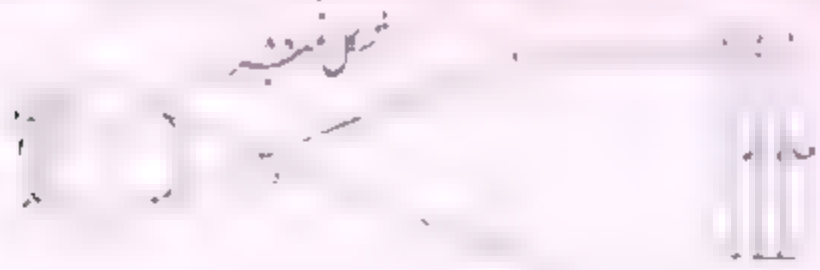
حالیہ نیشیت سے بعض کے عدسے میں سے عدسہ کا فاصلہ تندر دور ہونا چاہئے جتنا کہ عدسہ کا ماسکہ اصلی متو ہے مگر یہ مقام اس وجہ سے سب سے زیادہ خراب ثابت ہو گا کہ قرنیہ کا انوکاس اس جگہ تکلیف دہ ہوتا ہے۔ قرنیہ، انوکاس قرنیہ سے ۱/۲ میٹر پیچھے ہوتا ہے۔ لہذا اگر عدسہ اپنے طول ماسکہ پر ہو تو شبیہ کی شبائیں عدسے میں سے کڈنے پر متوڑی ہو جائیں گی۔ اور عدسہ کی تمام سطح اس انوکاس سے پڑ ہو جائے گی، ہم نیچے نہ دیکھ سکیں گے۔ اس لئے اس جگہ سے ذرا دور پیچھے یا آگے معائنہ کے لئے بہترین مقام عدسہ کے لئے ہو سکتا ہے۔

بالواسطہ معائنہ میں عدسہ کے لئے بہترین مقام آنکھ کے مقدم ماسکہ سے عدسہ کا طول ماسکہ ہے۔ اس مقام پر اگر ہم عدسہ کو ذرا سا ترچھا رکھیں تو تمام انوکاسات سامنے سے ہٹ جاتے ہیں۔ اور تقریبی صاف طور پر دکھائی دینے لگتا ہے۔

بالواسطہ طریق معائنہ سے ہم معلوم کر سکتے ہیں کہ آنکھ کی بصارت طبعی ہے یا غیر طبعی۔ اس کا اندازہ ہم عدسہ کے پیچھے کر کے شبیہ کے بڑی چھوٹی ہونے سے لگا سکتے ہیں اس مقصد کے لئے قرص بصری کو سامنے لانے کے لئے مناسب جانب میں سے دیکھنے کو کہا جائے۔ مثلاً دائیں آنکھ کی قرص بصری کو دیکھنے کے لئے منظر بعینہ سامنے ہونا چاہی ہوئی جسم کی طرف دیکھنے کو مرض سے کہیں اور بائیں آنکھ کے دیکھنے کے وقت اپنے بائیں کان کی طرف دیکھنے کی تاکید کریں۔ عدسہ کو آنکھ کے نزدیک رکھ کر پھر اس کو اپنی طرف کو ہٹائیں اگر عدسہ کی حرکت سے قرص بصری کے جسم میں فرق نہ پڑے تو سمجھنا چاہئے کہ آنکھ کے اندر کوئی انعطافی خرابی نہیں ہے۔ اگر ایسا نہ ہو تو قرص بصری کا ہم نیچو، ہوا سے تو طول بصر اور اگر بڑا دکھائی دے تو قصر بصر سمجھنا چاہئے۔ اگر ہم اس حقیقت کو سمجھیں تو ہر حالت میں قرص بصری کے جسم کے بڑا اور چھوٹا ہونے یا اپنے اصل حجم میں دکھائی دینے کو یاد رکھ سکیں گے۔

اب تھوڑی دیر کے لئے تقریبی پر آتے اور تب دو مقام ایسے فرض کیجئے جو قرص بصری کے دونوں کناروں پر ہوں۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۱۷ (صفحہ آئندہ پر)

اگر یہ دونوں مقام روشن ہوں تو ان سے نکلتے وہاں شمع شمعوں پر سے گذر کر ایک شمع ہو کر
متوازی ہوگی۔ اور یہ دونوں



ق - قصر بصر والی آنکھ
ص - طبی بصارت والی آنکھ
ط - طول بصر والی آنکھ

شعاعیں جب آنکھ سے باہر
نکلنے کی تو آنکھ کے مقدمہ سے
پر ایک دوسرے سے تقاطع
پیدا کریں گی۔ عام اس سے
کہ آنکھ کی انعطافی طاقت کچھ

بھی ہو۔ اس کے معنی یہ ہے کہ آنکھ کا محور خواہ لمبا ہو یا چھوٹا۔ بصارت میں ان دونوں مقامات سے نکلتے ان
شعاعیں آنکھ کے مقدمہ سے ایک دوسرے کے ساتھ تقاطع پیدا کریں گی۔ کیوں کہ انعطاف ہونے سے پہلے یہ
متوازی ہوتی ہیں۔ اب توڑی دیر کے لئے ہم فرض کرتے ہیں کہ عدسہ آنکھ کے مقدمہ مرکز سے اپنے طول، مرکز پر
واقع ہے تو ایسی صورت میں ظاہر ہے کہ یہ شعاعیں تقاطع کے بعد محدب عدسہ سے آکر میں کی۔ اور بچوں کے
عدسہ کے ماسک سے آ رہی ہیں لہذا دوسری طرف متوازی ہو کر نکلیں گی۔

ہم یہ پہلے بتا چکے ہیں کہ ایسے حالات کے ماتحت طبیعی انعطافی طاقت والی آنکھ کے قعر یعنی کی شبیہ
عدسہ کے طول ماسک (F - F) پر قصر بصر والی آنکھ کے قعر یعنی کی شبیہ عدسہ کے (F - F) کے نزدیک
اور طول بصر والی آنکھ کے قعر یعنی کی شبیہ اس سے دور مقام (H - H) پر ہوگی مذکورہ شعاعیں قعر یعنی
کے دو نقطوں کی شبیہ پیش کریں گی اس لئے ان کا درمیانی فاصلہ آنکھ کے انعطافی واسطوں اور عدسہ میں
سے گزرنے کے بعد دونوں نقطوں یعنی آفت اور ب کے درمیانی فاصلہ کو بتائے گا۔ اسی کو دوسرے الفاظ میں
ہم یوں بیان کر سکتے ہیں کہ جب عدسہ زیر معائنہ آنکھ کے مقدمہ مرکز سے اپنے طول ماسک پر ہو تو شبیہ کا بڑا ہونا طبیعی
انعطافی طاقت والی آنکھ یا طول بصر یا قصر والی آنکھ کے مانند ہوتا ہے۔ بشرطیکہ طول بصر یا قصر بصر کی شکایت
آنکھ کے چھوٹا بڑا ہونے سے لاحق ہوئی ہو۔

اور اگر عدسہ مذکورہ فاصلہ پر نہ ہو بلکہ آنکھ کے نزدیک ہو تو شعاعیں عدسہ میں سے گزرنے کے

بہ من مابین۔ لہذا جب عدسہ آنکھ کے مقدمہ مرکز سے پٹے ہوں، اس وقت کم فاصلہ پر ہوگا تو اس وقت سب سے بڑی شبیہ بنے

شکل شبیہ

بشرطیکہ آنکھ کے اندر طوں بصر کی شکایت

موجود ہو اور سب سے چھوٹی شبیہ اس وقت ہوگی

جب کہ آنکھ کی انعطافی طاقت قصر بصر

والی ہو درتوسط درجہ کی شبیہ اس وقت

بنے گی جب کہ کلی انعطافی طاقت جمعی

حالت میں ہو۔

ق - قصر بصر والی آنکھ۔

ص - طبی بصارت والی آنکھ

ط - طول بصر والی آنکھ

درائر عدسہ آنکھ سے دور ہو تو آنکھ سے نکلنے والی شعاعیں استدرق قی ہوں گی یہی وجہ ہے کہ جب عدسہ

آنکھ کے مقدمہ مرکز سے پٹے ہوں، اس کے واسطے فاصلہ سے دور ہوتا ہے تو محوری قصر بصر کی حالت میں شبیہ

سب سے بڑی اور محوری طول بصر کی حالت میں سب سے چھوٹی اور طبعی انعطافی طاقت والی آنکھ میں متوسط درجہ

کی ہوتی ہے۔ اگر بصارت کی غیر طبعی حالت انحراف کی خرابی کی وجہ سے ہو عیاں کہ سدا بصر میں ہو کر تا ہے تو ایسی صورت

مذکورہ باتیں نہیں پیدا ہوتے۔ تاہم یہ سمجھ لینے کے بعد کہ آنکھ کے مقدمہ ماسکے اب دوہیں ایک ایک انحراف کے لئے

دوسرا دوسرا انحراف کے لئے) اسی طرح نقاط تقاطع بھی دوہیں رہم یا سانی نتیجہ اخذ کر سکتے ہیں۔

در جب عدسہ قرینہ سے پٹے ہوں ماسکے پر ہو تو طبعی اور غیر طبعی انعطافی طاقت والی آنکھ کا قرینہ عینی یک جہ

کا دوغٹائی دیتا ہے اور قص بصری گوں نظر آتی ہے۔ اگر عدسہ آنکھ کے نزدیک ہو تو شبیہ بیضوی معلوم ہوگی

اور شبیہ کا بڑا محور اس طرف ہوگا بدھر انعطافی طاقت کم ہوگی۔ آنکھ کی انعطافی طاقت عام طور پر افقی محور

میں کم ہوتی ہے۔ بخلاف اس کے اگر عدسہ آنکھ سے دور ہو تو شبیہ کا بڑا قطر اس جانب ہوگا جس طرف آنکھ کی

انعطافی طاقت زیادہ ہوگی اور آنکھ کی انعطافی طاقت ثنوما عمودی قطر میں زیادہ ہوتی ہے۔ مگر ان امور کو

میں یہ ضروری ہے کہ عدسہ کو بالکل عمودی طور پر پکڑا جائے ورنہ اس کے ذرا سا ترچھے ہونے سے بھی آنکھ میں

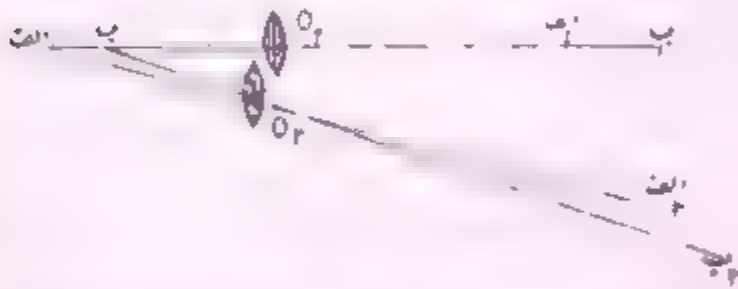
سدا بصر کی کیفیت پیدا ہو جائے گی۔ اگر قص بصری یقیناً بیضوی ہو عیاں کہ قصہ بصر میں ہوتی ہے تو اس صورت میں

اس کا محور بالکل نہیں بدلتا۔ انعطافی سطوں کے تناسب انعطافی کی کمی بیشی سے بوزھوں میں بصارت کی

خرابی، حق ہوتی ہے۔ آنکھ کے اندر عدسہ کی عدم موجودگی سے بوجہ حالت پیدا ہوتی ہے اس کو ہم غیر طبعی بصارت کہہ سکتے ہیں۔ اس حالت میں نقطہ تقاطع اپنی جگہ نہیں بدلتا۔

گر عدسہ نقطہ تقاطع سے اپنے طول، سکہ پر ہو تو قرص بصری کی شبیہ ہر حالت میں ایک ہی حجم کی ہوتی ہے اور عدسہ کو آنکھ کے نزدیک لے آیا جائے تو قرص بصری کی شبیہ طول بصرہ والی آنکھ میں چھوٹی ہوگی مگر طبعی بصارت والی آنکھ میں کوئی تبدیلی اس کے حجم میں واقع ہوگی۔ چونکہ شدید طول بصرہ والی آنکھوں میں جن میں سے عدسہ نکال دیا گیا ہو شبیہ عدسہ کے، سکہ سے بہت پرے بنتی ہے اس لئے ان آنکھوں کے لئے طاقتور عدسہ (۸) بہت طاقت والا استعمال کریں گے۔

بالواسطہ طریقہ معائنہ میں قعر عینی کے اندر دونوں نقطوں کے درمیان اونچے نیچے ہونے کا فرق حرکت



اختلافیہ سے بخوبی ظاہر ہو جاتا ہے
شکل نمبر ۹
گراف ب کو دو ایسے نقاط
داخل کریں جو قعر عینی میں مختلف
سطح پر یعنی قرص بصری کے
کنارے پر یعنی زرق المائی
گہرائی کی تہ میں واقع ہوں اور

معائنہ بالواسطہ :- مدد کے مختلف مقامات کی انتظامی طاقت کی کمی بیشی کی وجہ سے مرکز پر
کسی حد تک شعاعیں منتشر دکھائی گئی ہیں

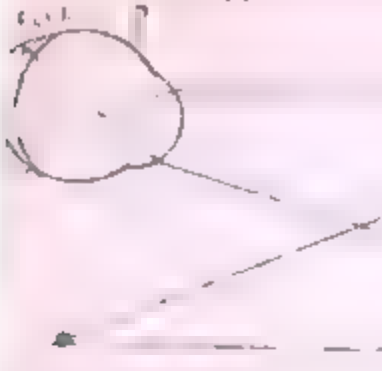
عدسہ کے مرکز کو ۰ سے ۲ تک حرکت دیں تو آلف اور ب کی شبیہ آلف سے آلف تک اور ب سے ب پر چلی جائے گی
کسی زمانہ میں اس حرکت اختلافی کو غلط اور زرق المائی قعر کو ایک ابھار سمجھا جاتا تھا۔

اس طریقہ سے معائنہ کرنے والا جہاں تک بھی ممکن ہو مرضی کے نزدیک آجائے۔
بلا واسطہ معائنہ
(ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۹ صفحہ ۱۶۹ پر)

اگر آنکھ طول بصرہ والی ہوگی تو اس سے نکلنے والی شعاعیں متع ہوں گی گویا کہ یہ شعاعیں مجازی نقطہ
بمید و سے آرہی ہیں جو آنکھ کے پیچھے واقع ہے آنکھ کے درمیانی فاصلہ کے کم ہونے کی وجہ سے ان شعاعوں
میں سے بہت سی معائنہ کرنے والے کے مدد عین میں داخل ہوں گی جن کو شبکیہ پر جمع کیا جاسکتا ہے۔ بشرطیکہ

منہ کرنے والا اپنی طاقت توفیق کو کام میں لاوے۔ اگر معائنہ کرنے والے کو بصیرت بخیرت لاحق ہو:

اس کی طاقت توفیق اس سکون میں ہو تو مرآۃ کے
پچھلے وقت ریکٹ کے شکوہ پر
کی شبیہ سرت بنے۔



معائنہ یا واسطہ:۔ عدد کے مختلف مقامات کی انطافی طاقت کو کی ڈبھی کی وجہ سے کر
کسی حد تک ش میں منتشر دکھائی دیتی ہیں۔
متوازی ہوں اور معائنہ کرنے والے کے شبکیہ پر شبیہ اس وقت بنے گی جب کہ طاقت توفیق بالکل سکون میں

کر معائنہ کرنے سے کی آٹھ کی
بصارت ایسی ہو تو باہر نکلتے والی شعاعیں
متوازی ہوں اور معائنہ کرنے والے کے



ہوئی اور طاقت توفیق کام کر رہی
ہو تو اس کو مقادس کرنے کے لئے
تنی ہی طاقت کا مقعر عدسہ مرآۃ



سے سوراخ کے سامنے دکھائی دے گی
شبکیہ پر شبیہ بنے گی لیکن جب زیر معائنہ
آٹھ قصر بصر والی ہو تو اس سے باہر



نکلتے والی شعاعیں متدقاتی ہوں گی
اگر قصر بصر نیست یا مساویہ کا ہو تو
تمرعینی کی حقیقی شبیہ جو آنکھ کی آٹھ بنی

معائنہ یا واسطہ:۔ ۵۱۔ یہ معائنہ کرنے والی شعاعیں ۵۲۔ یہ معائنہ کرنے والی شعاعیں
شکل نمبر ۵۱ کا مقام طی بصارت کی نگہ میں رہے گا یعنی وہی موازی شعاعیں ہی نہ کرے والی
میں یہ مرآۃ ہے۔ عدد میں طاقت توفیق کون کی حالت میں ہو اور لوں بصر والی آنکھ میں زیر معائنہ کہ
ہے ایسی شعاعیں ہر گز نہ والی آنکھ کے شبکیہ پر نہ کرنا کہ جس میں طیکہ رہ توفیق کو سٹوں کر۔ قصر بصر میں
ہے ایسی شعاعیں کہ جس میں طاقت توفیق نہ کرنا کہ جس میں طیکہ رہ توفیق کو سٹوں کر۔ قصر بصر میں
ہے ایسی شعاعیں کہ جس میں طاقت توفیق نہ کرنا کہ جس میں طیکہ رہ توفیق کو سٹوں کر۔ قصر بصر میں

پر مبنی ہو معائنہ کرنے والے کے
پچھلے وقت ریکٹ کے شکوہ پر
کی شبیہ سرت بنے۔

جو بصر میں یہ متدقاتی شعاعیں جب اس طیفی انطافی طاقت والی آنکھ میں داخل ہوں گی زبا جیہ میں کسی شبکیہ پر جمیں گی۔

اسی لئے یہی آنکھ والا شخص مرآۃ کے پیچھے بغیر مقررہ دور کے مجھ ان کی شبیر کو دیکھنے کے ناقابل ہو جاتا ہے۔
 زیر معائنہ آنکھ میں شدید قصر بصر لاحق ہو تو اس کا نقطہ عبیدہ اس فاصلہ میں جو زیر معائنہ آنکھ و مرآۃ کے درمیان کے طبقہ شبکیہ کے درمیان ہے کسی جگہ پر واقع ہو گا۔ یہی صورت میں عینک کا استعمال بھی بے سود ہو گا۔ وہی طرح شبیہ صاف نظر نہ آئے گی۔ کیوں کہ ممکن ہے کہ اس کا نقطہ عبیدہ دیکھنے والے کے مرآۃ کے سوراخ کے پیچھے واقع ہو۔ اور چوں کہ اس جگہ پر آنکھ کے بہت نزدیک ہونے سے وجہ سے طاقت توفیق بالکل کام نہیں کر سکتی اس لئے کسی عدسے کے لگانے سے کوئی فائدہ نہ ہو گا۔ مگر اس صورت میں ہم جس قدر آنکھ کے نزدیک ہو کر معائنہ کریں گے اسی قدر زیادہ مناسب ہو گا کیوں کہ سب شعاں عدسے کے مرکز قوسی سے موڑ کر گزریں گی۔

ماہرین اس بات پر غموں، زور دیتے ہیں کہ بلا واسطہ معائنہ میں جہاں تک ہونے طاقت توفیق کو سکون کی حالت میں رکھیں۔ اس میں شک نہیں ہے کہ جب آنکھ کسی چیز کو دیکھ رہی ہو اور وہ شے اس کے نزدیک ہو تو طاقت توفیق کو سکون کی حالت میں رکھنا مشکل امر ہے۔ یہی صورت میں معائنہ کرنے والے کو چاہیے کہ وہ یہ سمجھ کر کوشش کرے کہ وہ کسی دور کی چیز کو دیکھ رہا ہے۔ اگر جب وہ قرعیمینی کی شبیہ کی تفصیل میں مشغول ہو گا تو کسی قدر اس کی طاقت توفیق ضرور کام کرے گی لہذا بہتر ہے کہ مبتدی کو شروع شروع میں اس تفصیل کی نظر بالکل توجہ نہ دلائی جائے۔

اگر شروع شروع میں طبی بصارت والی آنکھ کے قرعیمینی کے دیکھنے میں کوئی دقت پیش آوے تو مرآۃ کے پیچھے مقرر عدسے کے بعد دیگرے لانے چاہئیں۔ یہاں تک کہ قرعیمینی صاف دکھائی دینے لگے۔ قرعیمینی کو دیکھ لینے کے بعد دوسری شکلات باسانی حل ہو جاتی ہیں۔ بلا واسطہ معائنہ میں شبیہ ہمیشہ سیدھی ہوتی ہے اور بصر والی آنکھ میں بالکل ایسا ہوتا ہے جیسا کہ معائنہ کرنے والے کسی شے کو اپنی آنکھ کے نقطہ عبیدہ پر رجوع آنکھ کے ذرا پیچھے ہے) دیکھ رہا ہے۔ قصر بصر والی آنکھ میں استرقاتی شعاں آپس میں تقاطع کے قبل معائنہ کرنے والے کی آنکھ میں داخل ہو جاتی ہیں اور مرآۃ کے پیچھے مقرر عدسے لگانے کی وجہ سے ان کا استدقاق مناسب تک کم ہو جاتا ہے اسی وجہ سے شبیہ بھی سیدھی ہوتی ہے۔ طبی نقطہ فی طاقت دالی آنکھ سے نکلنے والی شعاں متوازی ہوتی ہیں اور چونکہ ان کا تقاطع لامتناہی فاصلہ پر ہوتا ہے اس لئے ان کی شبیہ سیدھی ہوتی

ہے۔ مگر یہ شبیہ ہمیشہ فی نفعہ بڑی ہونے کے علاوہ باواسطہ معائنہ کے اعتبار سے بھی بڑی ہوتی ہے۔ طبعی انعطافی طاقت والی آنکھ کی قرص بصری کا قطر پندرہ گنا بڑا نظر آتا ہے۔ طول بصر والی آنکھ میں تقریباً شبیہ بڑی ضرور ہوتی ہے مگر مذکورہ آنکھ کی تقریبی شبیہ سے کم اور قصر بصر والی آنکھ کا تقریبی طبعی آنکھ والے قطر سے بڑا دکھائی دیتا ہے۔

منظر بعین سے دیکھنے میں تقریبی کے دکھائی دینے والے رقبہ کا موازنہ ہم مندرجہ ذیل امور سے کر سکتے ہیں

(۱) زیر معائنہ آنکھ اور معائنہ کرنے والی آنکھ کا درمیانی فاصلہ کیا ہے۔

(۲) زیر معائنہ آنکھ کی انعطافی طاقت کیا ہے۔

زیر معائنہ آنکھ جس قدر نزدیک ہو، اسی قدر یہ بڑا ہوتا ہے، اسی لئے جس قدر آنکھ سے نزدیک ہو کر معائنہ کیا جائے اسی قدر بہتر ہے، طول بصر والی آنکھ میں شبیہ بڑی۔ قصر بصر اور طبعی انعطافی طاقت والی آنکھ میں شبیہ متوسط درجہ کی ہوتی ہے۔ گویا کہ طول بصر والی آنکھ میں جس قدر بڑا رقبہ دکھائی دے حقیقتاً اتنا ہی وہ چھوٹا ہوگا اور قصر بصر والی آنکھ میں دکھائی دینے والا چھوٹا رقبہ بھی حقیقتاً بڑا ہوگا۔ سدا د بصر کی حالت میں جس قطر میں زیادہ قصر بصر ہو اس کی شبیہ بڑی ہوگی اور جس قطر میں زیادہ طول بصر ہوگا اس کی شبیہ چھوٹی ہوگی۔ بسیط سدا د بصر میں قرص بصری کی شبیہ مضبوطی ہوتی ہو اس کا عمودی قطر بڑا ہوتا ہے۔ یہ حالت باواسطہ معائنہ خصوصاً جس میں عدسہ آنکھ کے بہت نزدیک ہو اس کے بالکل برعکس ہوتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ سدا د بصر میں تقریبی کی پوری شبیہ صاف نہیں نظر آسکتی۔ بلکہ صرف اس قطر میں صاف دکھائی دیتی ہے جس کو چشمہ کے ذریعہ درست کر لیا گیا ہو۔ دونوں مخصوص قطروں کے علاوہ دوسرے اقطار میں کسی طرح بھی شبیہ صاف نہیں نظر آسکتی۔ اگر اس کا صاف نظر آنا ممکن بھی ہے تو مختصر سلطانی (Cylindrical lens) اور محدب عدسوں سے مرکب عدسوں کے ذریعہ اور یہ ظاہر ہے کہ ہر مرض کے لئے ان کا فراہم کرنا ایک مشکل کام ہے۔

مذکورہ بیان سے ظاہر ہے کہ جو عدسہ مرآۃ کے پیچھے لگایا جاتا ہے وہ آنکھ کے اس چشمہ کے برابر ہو سکتا ہے جس کی ضرورت آنکھ کی انعطافی طاقت کے درست کرنے کے لئے پڑتی ہے۔ مگر یہ صرف اسی حالت میں کارآمد ہو سکتا ہے۔ جب کہ معائنہ کرنے والے کی آنکھ کی طاقت انعطافی طبعی حالت میں ہو یا اس کو درست کر کے کسی حالت

میں کر سکیا ہو۔ اور اس کی طاقت توفیق سکون میں ہو۔ چونکہ طاقت توفیق کو بالکل سکون میں ماننا ممکن نہیں ہے۔ یہ طریقہ آنکھ کی انعطافی طاقت کو معلوم کرنے کے سے صحت معمول انڈازہ کا کام دیتا ہے اور بڑی حد تک غیر توفیق بخش ہوتا ہے۔ البتہ اگر معائنہ کرنے والا ہمارے ساتھ رہتا ہو تو یہ ممکن ہوگی۔ صحیح طور پر معلوم کر سکے۔ بعض بہینہ جادو طریقہ سے آنکھ کی انعطافی طاقت کو معلوم کرنے میں یہ طریقہ رکھتے ہیں اور اسی طرح سد وجہ (Astigmatism) کو بھی درست کر سکتے ہیں۔ ان حاسنوں میں پہلے وہ صرف ایک قطر کو درست کرتے ہیں گویا کہ درست کرنے والا چشمہ معائنہ کردہ قطر کے ساتھ زاویہ ۹۰ درجہ بناتا ہے پھر اسی طرح دوسرے قطر کو بھی درست کر لیتے ہیں۔

قرعینی میں گرد و نقطے اونچی نیچی سطح پر وقت ہوں مینی دونوں سطحوں کی سطحیں ایک نہ ہوں مثال کے طور پر یہ سمجھ لیجئے کہ ایک نقطہ قرص بصری کے کنارے اور دوسرا زرق المائی قرع کی تہ میں واقع ہے تو ان کو بھی ہم جادو اسط طریقہ سے حرکت اختدانی Parallelic Displacement کے ذریعہ بخوبی معلوم کر سکتے ہیں۔ پہلے قرص بصری کے کنارے کو مرکز پر لادیں اگر وہ صاف دکھائی دے تو اس سے ذرا ہٹ کر معلوم ہوگا کہ یہ کنارہ زرق المائی قرع کے پیار کے اوپر آجاتا ہے یعنی یہ نئی طرف کو حرکت کرتا ہے۔ اب اگر کوئی مقام اس سے پرے واقع ہو تو وہ معائنہ کرنے والے کے سر کی حرکت کے خلاف جانب کو حرکت کرے گا۔ ان سطحوں کی اونچائی اور نیچائی کو ہم ناپ بھی سکتے ہیں۔

مذکورہ مثال سے ظاہر ہوتا ہے کہ قرص کا قرع اس کے کناروں کے مقابلہ میں قرص بصری والی حالت میں ہوگا اگر آنکھ طبی حالت میں ہو تو قرص بصری صاف نظر آئے گی۔ مگر اس کے عروق کو دیکھنے کے لئے مرآۃ کے پیچھے مقعر عدسہ لگانے کی ضرورت پڑے گی۔

ہم یہ ثابت کر سکتے ہیں کہ اگر درست کر دینے والا عدسہ آنکھ کے مقدمہ اسکر پر ہو تو یہ بصریہ طاقت کا فرق ایک ملی میٹر ابھار کے برابر ہوتا ہے۔ سطح کی اونچائی کو ناپنے کے لئے معائنہ کے وقت آنکھ سے جس قدر نزدیک ہو سکیں۔ ہو جائیں۔ صرف اسی طریقہ سے ہم سطح کے فرق کے امتحان کے شرائط کو پورا کر سکتے ہیں۔

اگر معائنہ کرنے والے کی طاقت توفیق سکون کی حالت میں ہو اور قرص بصری کے کنارے کو دیکھنے کے لئے عدسہ کی ضرورت نہ پڑے نیز یہ بصریہ طاقت والے عدسہ کے ذریعہ قرص بصری کے قرع کی تہ کو دیکھ سکیں تو اس کا مطلب یہ

مرد کا رکن دروں سے اس کی ایک ملی میٹر نیچے ہے۔ مذکورہ طاقت سے زیادہ طاقت کا مقرر عدد بھی لگایا جاسکتا ہے۔ مگر اس کے ساتھ شرط یہ ہے کہ طاقت توفیق اس کو کسی حد تک متبادل کرتی ہے۔ لہذا جہاں تک ممکن ہو یہ دیکھنا چاہیے کہ کم سے کم طاقت والا کونسا عدد اس مقصد کے بہتر ہے۔

سی طرح قرص بصری کے ابھار کو بھی ہم معلوم کر سکتے ہیں اگر صاف طور پر دیکھنے کے لئے ایسا عدد استعمال کرنا پڑے گا جس سے اوپنچے اور اپنی مقام صاف طور پر نظر آجائے۔ اس میں بھی وہی قاعدہ کام آوے گا، اگر ہم بھر یہ طاقت ملے عدسے سے اس کے ابھار کی چوتی صاف نظر آتی ہے تو اس ابھار کی اونچائی ایک ملی میٹر ہوگی۔ مثال کے طور پر فرض کیجئے کہ معائنہ کرنے والا التهاب غصب باصرہ کی صورت میں اس کے ابھار کو ناپا با ہے تو اس وقت اس کو سب سے پہلے بڑی طاقت کا ایسا + عدد معلوم کرنا ہوگا جس سے قرص بصری کے نزدیک کے عروق صاف طور پر دکھائی دیں۔ اس کے بعد چوٹی کے اوپر کے عروق یا خفیف زف الدم کو صاف طور پر دیکھنے کے لئے خاص طاقت کے عدد کو منتخب کرنے کی ضرورت ہوگی۔ اب ان دونوں عدسوں کے درمیان فرق ابھار کی بلندی معلوم ہو جائے گی۔

مذکورہ امتحان میں طاقت توفیق کو سکون کی حالت میں رکھنے کی ضرورت ہوتی ہے کہ مبتدی کو اس کام میں دشواریاں پیش آتی ہیں مگر اس کو برداشتہ خاطر نہ ہونا چاہیے۔ کیوں کہ طاقت توفیق کو سکون میں لائے بغیر بھی تقریباً صحیح نتائج حاصل ہو جاتے ہیں۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ طاقت توفیق دونوں صورتوں میں یکساں کام کرتی ہے اس لئے دونوں حالتوں کا درمیان فرق برابر ہوتا ہے۔ عام اس سے کہ معائنہ کرنے والا طاقت توفیق کو استعمال کر رہا ہو۔ یا نہ کر رہا ہو۔

زبا جیہ میں کسی شے کا موجود ہونا اور اس کا تعین ایک بڑے غیر شفاف دھبے کی وضع ویسے ہی ہوتی ہے جیسی کہ طول بصر والی آنکھ کے قمر عینی کی۔ اگر آنکھ طبی ہو اور اس کے دیکھنے میں کسی درست کرنے والے عدد کی ضرورت نہ پڑے تو اس کو دیکھنے کے لئے یہ تو معائنہ کرنے والے کو اپنی طاقت توفیق کے استعمال کی ضرورت ہوگی یا مرآتہ کے ساتھ خفیف طاقت کا محذب عدد لگنا ہوگا۔ یا معائنہ کرنے والے کو آنکھ سے ذرا فاصلہ پر بیٹھا ہوگا۔ ان تمام باتوں سے ظاہر ہوتا ہے کہ طبی عبارتہ دانی آنکھ کے نزدیک حالات دیکھنے کے لئے ۲۰ سے لے کر ۲۰ بھر یہ طاقت والے

عدسے کے ذریعہ قرنیہ سے قعر عینی تک ہر شے کو آبائی صاف طور پر دکھایا جاسکتا ہے۔ مگر اس سطح میں غیر شفاف مقامات کے دیکھنے کا انحصار ان ہی غیر شفاف مقامات کی وجہ سے رکنے والی روشنی کی مقدار یعنی غیر شفاف مقامات کی دبازت اور موٹائی پر نیز اس مر پر ہے کہ کس قدر روشنی ان کی سطح سے منعکس ہوتی ہے قرنیہ مقامات بہت دبیز اور موٹے ہوں گے تو سُرخی، انعکاس میں سیاہ نظر آئیں گے درگرم شفاف ہوں گے تو سُرخی یا سفیدی اُس دکھائی دیں گے جس کا انحصار اس روشنی پر ہوگا جو قرعے واپس آتے ہوئے ان کی وجہ سے رکتی ہوئی آواز شبکیہ سُرخی یا سفید دکھائی دیتا ہے اور اس کی سُرخی یا سفیدی شبکیہ کے شفاف یا غیر شفاف ہونے پر منحصر ہوتی ہے اگر روشنی اس کی سطح سے زیادہ منعکس ہو تو اس پر عروق کی تفصیل بھی صاف نظر آتی ہے ورنہ بالکل سیاہ دکھائی دیتی ہے۔

قعر عینی Fundus Oculi
 اگر ہم قعر عینی کو باواسطہ طریق معائنہ سے دکھیں تو یہ چمک دار سرخ رنگ کا دکھائی دیتا ہے اس کی خاص وجہ شبکیہ کے اندر دورہ کرنے والا سُرخی خون ہے سیاہ فام لوگوں میں شبکیہ کے موت بشرہ کی وجہ سے شبکی عروق بالکل نہیں نظر آتے کیوں کہ اس رنگ کی وجہ سے ان کی تفصیلات کی توضیح نہیں ہوتی۔ مگر اس کے باوجود خون کا رنگ سُرخی دکھائی دیتا ہے۔

قرص بصری Optic Disc
 قعر عینی کے معائنہ میں سب سے پہلے قرص بصری کو دکھینا چاہیے۔ اگر بعض ذرا اپنی ناک کی طرف دیکھے تو معائنہ کرنے والے کو یہ نظر جاتی ہے سُرخی انعکاس قرص بصری کے سامنے آنے کے وقت بدل کر سفید نظر آتا ہے اور قرص بصری صاف طور پر نظر آنے لگتی ہے بشرطیکہ معائنہ کے متعلقہ ہدایتوں پر عمل کیا جائے۔

قرص بصری ہلکے گلابی رنگ کی ہوتی ہے طبی حالت میں اس کا رنگ مختلف افراد میں کسی حد تک مختلف ہو سکتا ہے۔ یہ عموماً دائرہ نما ہوتی ہے لیکن مکمل اور صحیح دائرہ کی صورت میں شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آتی ہے اس کا قطر تقریباً ۵ ملی میٹر ہوتا ہے مگر ہم کو چوں کہ قرص بصری بڑی دکھائی دیتی ہے اس لئے صحیح طور پر اس کی تعیین درست نہیں۔ یہ خیال ہے کہ سدا بصر کی حالت میں اس کی شکل بیضوی ہوتی ہے اور کمرے

صاف کر بعض اوقات بے قعدہ بھی دیکھے جاتے ہیں۔ عموماً بوڑھوں میں گلابی قرص کے چاروں طرف باریک سفید حلقہ نظر آتا ہے بونی نفعہ صلبیہ کا حلقہ ہوتا ہے اس کی وجہ یہ ہے کہ شبکیہ و شبکیہ کی بشری تلونین کنا سے تک نہیں پہنچتی۔ اس لئے شبکیہ کے اندر سے صلبیہ صاف نظر آتا ہے بعض اوقات قرص کے چاروں طرف سیاہ رنگ کا حلقہ پایا جاتا ہے جس کا سبب یہ ہے کہ شبکیہ کا تون بشرہ ہیاں پر دبیز ہوتا ہے اور کبھی قرص کے چاروں طرف دائرہ کے حصص کے اندر سیاہ دھبے نظر آتے ہیں۔ مگر یہ مسلسل اور ایک دوسرے سے ملے ہوئے نہیں ہوتے۔ اور نہ مرضی حیثیت سے ان کو کچھ اہمیت حاصل ہے۔

قرص بصری سب کی سب گلابی رنگ کی نہیں ہوتی۔ بلکہ اس کا مرکزی حصہ ہلکے رنگ کا ہوتا ہے جس کا بالکل سفید ہونا بھی ممکن ہے۔ اگر یہ سفید ہوگا تو قرص کے صدغی کنا سے تک سفیدی پائی جائے گی مگر کنا سے تک شاذ و نادر ہی پہنچتی ہے۔ اسی لئے قرص کی صدغی جانب ہلکے رنگ کی ہوتی ہے۔ مرکزی شریان اس کے سفید رقبہ کے درمیان سے نکلتی ہیں۔ غور سے دیکھنے پر معلوم ہوگا کہ یہ مقام (قرص بصری) اقل قیف ناما ہوتا ہے۔ اس کو ہم طبعی قعر قرصی (Physiological cup) کہتے ہیں۔ اس قعر کی گہرائی مختلف آنکھوں میں مختلف ہوتی ہے اگر یہ بہت گہرا ہو تو اس کا مرکزی حصہ خالستری اور دہبہ درہبہ ہوتا ہے گویا کہ یہ طبقہ مصفویہ (Lamina cribrosa) کے اندر سوراخ ہیں جن میں سے عصبی ایاف گذر کر آنکھ کے اندر آتے ہیں۔ بعض اوقات قرصی قعر کی حالت بالکل غیر طبعی ہوتی ہے۔ اسی صورت میں قرص کا رنگ یکساں گلابی ہوتا ہے اور مرکزی عروق سطح پر پونچنے سے پہلے ہی منقسم ہوتے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔ اگر ہم کسی مردہ شخص کی آنکھ کو لے کر بصری کے خوردبینی کٹاؤ کا معائنہ کریں تو اس کے طبعی قعر کو ہم بخوبی دیکھ سکتے ہیں۔

طبقہ مصفویہ کے اندر سفید ایاف جب ان عصبی ایاف کے اندر سے چلتے ہیں جن کے اندر عروق شعری کا کسی حد تک جال ہوتا ہے تو ان ایاف کا رنگ گلابی نظر آتا ہے۔ قرصی قعر کے مرکز میں جہاں پر عصبی ایاف کم از کم ہوتے ہیں وہاں پر طبقہ مصفویہ زیادہ سفیدی وال چمک دار نظر آتا ہے۔ طبقہ مصفویہ میں سوراخوں کے اندر سے نکلے ہوئے عصبی ایاف متدبذہ خالستری معلوم ہوتے ہیں اور صلبیہ کے وہ ایاف جن سے طبقہ مصفویہ بنتا ہے وہ بالکل سفید ہوتے ہیں۔

۹۳



پتہ صبرادی کا حدود مرکزی

(۱۳) ۱۰۳



شکریہ نے حسہ احمد، کافوس



سکہ کو اندازہ دانی حالت میں لانا

شبکیہ کے عروق دموی

Retinal vessels

شبکیہ کی شریانیں مرکزی شہ میں کی شاخیں ہوتی ہیں جو عموماً قرص بصری کی سطح پر دوشاخوں میں منقسم ہوجاتی ہیں۔ ان کی دو شاخیں شاخوں میں سے ایک اوپر کو اور دوسری نیچے کو جاتی ہے اور ان دونوں شاخوں میں سے ہر ایک دوشاخوں میں پھر منقسم ہوتی ہے جن میں سے ایک ویرینہ صمدغی یا نب کو جاتی ہے اور دوسری اوپر یا نیچے اپنی طرف کو۔

ان نوہم بامانی و زیریں صمدغی و نفی شہ میں کے نام سے موسوم کرتے ہیں یہ شاخیں چھ دوشاخوں میں تقسیم ہوتی ہیں اور ان کی تقسیم کا یہی سلسلہ جاری رہتا ہے یہاں تک کہ قطرے آخری کن سے تک پہنچ جاتی ہیں۔ ان شریانوں کو ہم اس طرح پہچانتے ہیں کہ یہ بمقابلہ وریدوں کے ہلکے سرخ رنگ کی اور ان سے پتی ہوتی ہیں۔ وریدوں کا رنگ نمشتی ہوتا ہے اور یہ پچیدار ہوتی ہیں۔ منفرہ میں سے جب ہم ممانہ کرتے ہیں تو ہم کو صرف خون نظر آتا ہے۔ عروق کی دیواریں شفاف ہونے کی وجہ سے نظر نہیں آتیں۔ ان عروق کی دیواروں کی پوری لمبائی میں ایک سفید چمک دار خطا دکھائی دیتا ہے جو عروق کی محدب ورگوں دیواروں پر انعکاس کی وجہ سے نظر آتا ہے۔ یہ خطا شہ میں کی دیواروں کی پوری لمبائی میں خصوصیت کے ساتھ دکھائی دیتا ہے۔

مرکزی شریان اور ورید دونوں جہاں کہ اوپر ذکر ہو چکا ہے پہلی مرتبہ دوشاخوں میں منقسم ہوتی ہیں ورنہ شاخیں زیادہ تر شامعی طو۔ پھیلتی ہیں مگر صمدغی شاخیں ذرا منحنی طریقہ پر اس وجہ سے پھیلتی ہیں تاکہ بقعہ صفریہ کے گرد ہو کر گزریں

بقعہ صفریہ کا مقام ۳ ملی میٹر یا قرص بصری کی چوڑائی کے دو گن

بقعہ صفریہ (Macula lutea)

فاصلہ کے قریب قرص کے کرائے سے صمدغی یا نب کو اس کے

نفی قطر کی سطح سے ذرا نیچے کو ہوتا ہے۔ نیز کسی باسط حد قد دوا کے استعمال کئے ہوئے بقعہ صفریہ کا درجہ شکل ہے کیوں کہ جب اس مقام پر روشنی پڑتی ہے تو انعکاسی طور پر حد قد اور زیادہ سکر جاتا ہے۔ حد قد کے سکرنے کے علاوہ قرنوی انعکاس بھی اس کو صاف طور پر دیکھنے میں مانع ہوتا ہے۔ لہذا اس کے دیکھنے کے لئے بہتر ہے کہ روشنی بہت کم مقدار کی استعمال کی جائے۔

ذیل کی وجہ سے بقعہ صفراوی کی شکل مختلف ہو سکتی ہے

۱. روشنی کی کمی و بیشی

۲. آنکھ کی نظرانی طاقت کی کمی و بیشی

۳. مریض کا رنگ

عموماً یہ مقام اپنے قرب و جوار کے قرعے رنگ کی نسبت تنگ گہرے سرخ رنگ کا ہوتا ہے کہ بعض اوقات سیاہ نظر آتا ہے۔ حفرہ مرکزی کی دیواروں سے انعکاس نوری کی وجہ سے یہ مقام صاف نظر آ سکتا ہے۔ عموماً چاندی کے چمکتے ہوئے ایک علقہ کی صورت میں دکھائی دیتا ہے۔ گوں یا بیضی بھی ہو سکتا ہے اور بعض اوقات نہایت روشن نشان حفرہ مرکزی کے نزدیک نظر آتا ہے۔ اور یہ بھی انعکاس نوری کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے بقعہ صفراوی پر گہرے سرخ رنگ کے نظر آنے کی وجہ یہ ہے کہ اس جگہ پر شبکیہ بہت پتلا ہوتا ہے اور اس مقام کے مشیمہ میں عروق شعریہ بگڑت پائے جاتے ہیں جو نیلے شبکیہ میں سے صاف دکھائی دیتے ہیں۔

حفرہ مرکزی کے کنارے سے سایہ پڑنے کی وجہ سے بھی بقعہ صفراوی کا رنگ گہرا سرخ نظر آتا ہے بقعہ صفراوی کے اندر کی شرائین بالائی وزیرین صدغی شرائینوں Superior inferior arteries کی شاخیں ہوتی ہیں اور ان کے علاوہ بعض عروق بقعہ صفراوی کے اندر قرص بصری سے بلا واسطہ بھی آتے ہیں۔ حفرہ مرکزی کے اندر عروق بالکل نہیں ملتے جلتے ہیں



شکل نمبر ۹۳

شبکیہ ویدیر کی شرائین

کے ذریعہ ہائے چاروں طرف پھیلنے تک عروق بالکل نہیں دکھائی دیتے بقعہ صفراوی کی طرف شبکیہ الٹی شرائین ہیں بعض اوقات اگر اس کو سیراب کرتی ہیں یہ شرائین بالائی شرائین ہوتی ہیں جو قرص بصری کے کنارے سے شروع ہوتی

ہیں اور بالائی طرف جاکر بالائی طرف ٹپکتی ہیں۔ در بقعہ صفراوی کی طرف چلی جاتی ہیں۔

طبعی حالت میں مختلف اشخاص کا قعر عینی مختلف ہو سکتا ہے۔ اس سے
خلاف کا انحصار عین کے رنگ پر ہوتا ہے۔ کیونکہ عینی پرانے

کے جسم میں مختلف مقامات پر تلوین کا دار و مدار ہوتا ہے۔

جن شے میں رنگ زیادہ سیاہ اور نہ زیادہ کھلا ہو ہوتا ہے۔ ان میں شبکیہ کی رسیوں کے ذریعہ
مقامات پر نہ رخی یکساں معلوم ہوتی ہے مگر بسا اوقات نہایت ہلکی نقطہ دار کیفیت پائی جاتی ہے۔ یہ کیفیت عین
کی طرف خصوصیت کے ساتھ ہوتی ہے۔ بہت زیادہ غیر ہمعی جو سے رنگ والے آدمیوں میں شبکیہ عروق نہایت
نظر آتے ہیں۔ کیوں کہ ان کے درمیان فی حصص سفید ہوتے ہیں۔ اور تلوین کی کمی کے وجہ سے شبکیہ ان کے درمیان
چمکتا ہوا نظر آتا ہے۔ بہت زیادہ سیاہ فام لوگوں میں قعر عینی گہرا سرخ رنگ کا ہوتا ہے اور شبکیہ عروق روشن
سرخ غیر مشخص اور بغیر خطوط کی صورت میں نظر آتے ہیں بعض اوقات شبکیہ عروق کے درمیان تلوین بہت زیادہ گہری
ہوتی ہے یا شبکیہ کے قنون بشرہ کے اندر رنگ بہت کم ہوتا ہے۔ شبکیہ کے اندر رنگ بہت گہرا ہوتا ہے اس صورت
میں شبکیہ عروق ایک دوسرے سے الگ الگ مختلف الافعال رنگین رقبوں کی صورت میں نظر آتے ہیں۔ اگر شبکیہ
اور شبکیہ دونوں کے عروق دکھائی دیے ہوں تو ان کو علیحدہ علیحدہ تیز کرنا کچھ مشکل نہیں ہوتا۔

شبکیہ عروق زیادہ چوڑے غیتہ نما نظر آتے ہیں۔ جن کے اندر مرکزی انکاسی چمکدہ رقبہ دکھائی نہیں دیتی
مگر یہ ایک دوسرے کے ساتھ متصل ہوتے ہیں۔

شبکیہ کے عروق ایک دوسرے کے ساتھ شاخوں کے ذریعہ متصل نہیں ہوتے۔ اور بعض بعض حصص میں ان کی
تقسیم مخصوص ہوتی ہے۔

قعر عینی کی تفصیلات بلا واسطہ طریق معائنہ سے زیادہ واضح نظر آتی ہیں۔ ہاں اگر زیر معائنہ آنکھ میں قعر بصیر
لاحق ہو تو اس صورت میں قعر عینی اس قدر بڑا ہوتا ہے کہ چھوٹے چھوٹے حصے کے اندر بھی کوئی خاص مقام صاف
طور پر نظر نہیں آتا۔ جیسا حالت میں شبکیہ کی شریانوں میں ضربان نہیں دکھائی دیتا۔ قمری کناسے کے نزدیک شبکیہ
کی وریدوں میں ضربان پایا جاتا ہے یعنی وریدوں میں اس مقام پر ضربان دکھائی دیتا ہے۔ جہاں پر وریدیں
مٹنے میں بہت چھوٹا زاویہ بناتی ہیں۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ ان میں ضغطہ دہی مقل ہوتا ہے۔ قمری بصیر پر وریدیں

میں کمرے کم غلط پایا جاتا ہے۔ طبقہ معصوم یہ کے اندر سے گزرنے میں ان کے اندر کسی قدر رکاوٹ بھی ہوتی ہے۔
 ۲۔ بانی نہرین کے وقت تو ترعین عام طور پر بڑھ جاتا ہے جس کی وجہ سے وریدوں کی دیواروں پر باہر کی طرف
 دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ اس طرح سے گویا آئندہ سے باہر نکلنے میں خون کے راستوں میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے اور
 وریدوں کی دیواریں کسی قدر دب جاتی ہیں۔ مگر شرابی انقباض کے وقت یہ دباؤ کچھ کم ہو جاتا ہے۔ اسی وجہ سے
 جب ن کے اندر ضربین پیدا ہوتا ہے تو وہ معلوم ہوتا ہے اور یہ ضربان اس وقت نمایاں طریقہ پر معلوم ہوتا
 ہے جب کہ دس کے نزدیک وریدوں کے اندر کم سے کم غلط ہو۔ دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہے کہ
 اندر کے اندر دس بھری پر غلط دھوی کم ہونے کے علاوہ لٹے دوران خون کے راستے میں کسی حد تک رکاوٹ
 بن پائی ہے۔ یہ حالت طبقہ معصوم پر اور ہر اس مقام پر جہاں وریدیں مرنے میں نہایت چھوٹا زادیہ بناتی
 ہیں۔ زیادہ پالی جاتی ہے

اگر وریدی نہرین غائب ہو تو اس کو ہم تقلعین پر دباؤ ڈال کر نمایاں کر سکتے ہیں جس کی وجہ سے تو ترعین
 بڑھ جاتا ہے۔ جیسی نہرین وریدی کو بغیر کسی دباؤ کے۔ ۷ سے ۱۰ فی صدی مریضوں میں ہم دیکھ سکتے ہیں۔ مگر زیادہ
 رہنا چاہئے کہ یہ نہرین انقباضی ہوتا ہے۔ اس لئے اس کا نام منفی ٹینٹس Negative venous pulse
 رکھا جاتا ہے۔

مرضی حالت میں وریدی نہرین دو قسم کا دیکھا جاتا ہے۔

۱۔ مثبت وریدی نہرین Positive venous pulse۔ یہ قلب کے بائیں بطن کے انقباض سے ذرا
 پہلے ہوتا ہے اور کسی حد تک اس کے انقباض کے وقت تک رہتا ہو اس کی وجہ یہ کہ Tricuspid valve
 تمام نشاۃ الودس کے اندر سے خون واپس آتا ہے اور ورید غنتی کے اندر تمام نہ ہونے کی وجہ سے اس میں
 منتقل ہو جاتا ہے۔

۲۔ ۱۰۔ نہرین جو فرمیں سے عروق شریک کے ذریعے وریدوں میں منتقل ہوتا ہے۔ اس کا سبب ترعین ہے۔ احقان ویدی
 یہ حالت پائی جاتی ہے خواہ اس کے ساتھ تو ترعین زیادہ ہو یا نہ ہو۔
 نہرین نہرین اگر آنکھ کے اندر دکھائی دے تو اس کو مرضی حالت سمجھنا چاہئے۔ حیوانوں میں نہرین ساطی

یہ شریان عینی سے صرف چند ملی میٹر سیلابی نقطہ زیاں ہوتا ہے۔ مگر ان نوس میں شریان عینی کا نقطہ ترمیم سے بہت زیادہ ہوتا ہے۔ اس سے اگر نقطہ منتقل ہو کر نگر کے اندر بھی دکھائی دے تو کوئی عیب کی بات نہیں۔
 دو جسمیں ایسی ہیں جو اس کے نمائندہ ہوتی ہیں۔ ان میں جہاز میں بیان کرتے ہیں۔

(۱) تو ترمیم ضربان کو بڑی حد تک کم کر دیتا ہے۔ اور ہر شریان میں ترمیم کی وجہ سے جو نقطہ بہت زیادہ پوری آنکھ سے اندر پھیل کر اور پچک دار صلیب میں منتقل ہو کر شریان کے اندر ضربان کو مفقود کرنے میں مددگار بنتا ہے۔
 (۲) مذکورہ وجہ سے کم ہونے کے بعد بھی جو ضربان پایا جاتا ہے وہ اس قدر کم ہوتا ہے کہ نظر عین سے چھوٹے عروق میں دکھائی نہیں دیتا۔

مرضی حالتوں میں شریانی ضربان دو قسم کا ہوتا ہے۔ ایک تو بغیر صاوق جس کے ساتھ عروق کے اندر حرکت ہوتی ہے اور دوسرا وہ منتطی ضربان جو خون کے رک رک کر بننے کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ موزاں ذکر میں شریانیں صرف انقباض قلب کے ساتھ جھرتی ہیں۔ زرد سیلابی نقطہ میں خالی ہو جاتی ہیں۔ یہ حالت صرف قرص بصری پر پائی جاتی ہے۔ اس کو ہم مقدر عین پر دباؤ ڈال کر مصنوعی طور پر بھی پیدا کر سکتے ہیں۔ یہ ضریح صرف منتطی کیفیت کا نتیجہ ہوتا ہے اور تو ترمیم کے زیادہ ہونے پر جب کہ منتطی دموئی طبعی یا اس سے کم ہو تو پیدا ہوتا ہے۔ مثال کے طور پر زرق الما کو پیش کیا جاسکتا ہے۔ جب منتطی دموئی بہت کم ہو جائے۔ اور تو ترمیم طبعی حالت میں ہو تو بھی یہ کیفیت پائی جاتی ہے۔ مثلاً بحری سمات یا قبی غشی Syncope میں ایسا ہی ہوتا ہے۔

قلس اور طلی۔ انورسما اور رجوع العین کی حالت میں صاوق ضربان پایا جاتا ہے اور صرف قرص بصری تک محدود نہیں رہتا۔ یہ بھی ایک منتطی کیفیت ہے۔ تو ترمیم اور عمومی منتطی دموئی کی حالتوں میں فرق بہت کم ہوتا ہے۔ عروق شعریہ کے اندر ضربان صرف قلس اور طلی کی صورت میں پایا جاتا ہے۔ قلب کے انقباض کے وقت مرضی اور انبساط کے وقت زردی قرص بصری پر عیاں ہوتی ہے۔

قرص عینی کے معائنہ میں معائنہ کے مختلف درجات کو ترتیب وار انجام دینا چاہیے۔
 بار اوسط معائنہ سے ہم عمومی حالت کی تصویر دیکھتے ہیں۔ اس مقصد کے لئے ہمیں اس طرح دیکھنے کو

کہیں کہ تو اس بصری حالت آجائے اس وقت معائنہ کرنے پر قرص بصری مرکز میں آجائے گی۔ پھر اس کے گرد
 قمر عینی کا کچھ حصہ صاف فرمائے گا۔ اور یہ غیر طبعی حالت کو جو نمایاں ہو ہم معائنہ کر کے معلوم کر سکیں گے۔ قدر
 بصری کی شکل۔ اس کا رنگ عروق دموی کا نظام۔ شیمی انوکاس کا رنگ اور اس کی کیفیت۔ غیر طبعی نمایاں
 حالتیں مثلاً کوئی رقبہ بات یا سفید دھبہ وغیرہ سب نظر آجائیں گے۔ ان چیزوں کے دیکھنے کے لیے مریض سے چھت
 کی طرف دیکھنے کو کہا جائے۔ پھر میں بائیں اور آخریں نیچے کی طرف دیکھنے کی تاکید کی جائے جب مریض
 نیچے کی طرف دیکھے۔ یا جو تو اس وقت اس کی بالائی جنف کو عددہ والے ہاتھ کی ایک انگلی سے اوپر کو اٹھائے
 رکھیں۔ ورنہ جنف بدلتی رقبہ کے اٹھانے سے ہے گی۔ مذکورہ بالا طریقہ سے گویا ہم کو قمر عینی کے محیطی حصص دکھائی دیتے
 ہیں۔ قمر عینی کے مرکزی حصے کا رنگ یکساں ہونے کے باوجود محیطی حصوں میں شیمی عروق نظر آتے ہیں
 اور اس حصہ میں توین کبھی کم اور کبھی زیادہ ہوتی ہے۔ غور کے ساتھ معائنہ کرنے کے بعد محض بلا واسطہ طریقہ سے
 ہم یہ فیصلہ کر سکتے ہیں کہ آیا یہ حالت طبعی ہے یا مرضی۔ اس کے علاوہ اس طریقہ سے ہم رتوندانی حالت کا بھی
 اندازہ بھی کر سکتے ہیں۔ مذکورہ طریقہ پر عمومی معائنہ سے بھی تمام باتیں معلوم کی جاتی ہیں۔ اور اگر بلا واسطہ معائنہ کے
 فیصلے مشکوک ہوں تو اس سے ان کی تصدیق بھی کی جاتی ہے۔ قرص بصری کی تفصیلات۔ طبعی اور مرضی قرص
 قرص کے کناروں کا صاف نہ ہونا یا چھوٹا ہونا۔ اس کے کناروں پر ہلائی شکل کی موجودگی وغیرہ کا بنوہ
 معائنہ کرنا پڑتا ہے۔ اور اس کے بعد عروق کو غور سے دیکھنا چاہئے۔ ان کی ترتیب یا تقسیم میں اگر کوئی غیر طبعی حالت
 ہو تو اس کو نوٹ کر نا ضروری ہے۔ شبکیہ کے عروق نیز ہر بی عروق کو دیکھا جائے کہ وہ موجود ہیں یا نہیں۔ انفرادی
 طور پر عروق کا نسبتی حجم۔ ان کے اندر کی متبادلاتگی۔ اور ان کی پیچیدگی وغیرہ کو دیکھنا چاہئے۔ ان کی پورائی
 کے گرد سفید لکیریں دکھائی دیتی ہیں یا نہیں۔ ان عروق کا معائنہ کرتے ہوئے محیط تک پہنچ کر وہاں کے حصوں
 عروق کو دیکھنا چاہئے۔ عروق کے نزدیک زون الدم اور ارتشاجی سفید دھبوں کو غور سے معائنہ کریں۔ اس کے بعد
 بقدر صفائی کو دیکھیں اس کے دیکھنے کے لئے مریض کو تاکید کریں کہ وہ منظر بعین کی روشنی کی طرف دیکھے تاکہ بقدر
 منظر ادوی سامنے آجائے۔ اس کے معائنہ کو ہرگز نہ بھولنا چاہئے۔ اگر مریض کی آنکھ میں باسط عددہ کوئی دو ڈلی
 گئی ہو یا مریض کی حرکتی حرکات مرض کی وجہ سے زائل نہ ہوئی ہوں تو روشنی کو کم کر دینا چاہئے تاکہ حرکتی آنکھ

کہ زمرہ ہو۔ اس طریقہ سے معائنہ کرنے میں قنونی انعکاس بہت زیادہ راستے میں آتا ہے۔ انداز میں کوہنہ کو معائنہ کرنا چاہئے۔

بقدر صفراوی کے اندر یا اس کے نزدیک بہت کم کی جاتی حالتوں کو غور سے دیکھنا چاہئے۔ انعکاس یا سایہ سے سفید یا سیاہ دھبوں کی تفریق ذرا مشکل ہے۔

گزائن کی حالت ہمیشہ یکساں رہے اور خفیف سے خفیف حرکات پر بھی یہ اپنی جگہ سے حرکت نہ کریں تو کیفیت مرضی ہوگی۔ آخر میں قمر عینی کے محیطی حصہ کو غور سے دیکھیں۔ معائنہ کرتے وقت کو غور سے یہ دیکھنا ضروری ہے کہ کس قدر وہ آسانی سے دیکھ سکتا ہے ہم کو معلوم ہے کہ مقلی سستو اسے سنے کا حصہ بہت کم دکھائی دیتا ہے یعنی نہ فائدہ مند کے پاس کا کچھ حصہ ہم دیکھ سکتے ہیں۔

طبی نظر والی آنکھ کا قمری خط دیکھنے کے واسطے بھی کم طاقت کا عدسہ استعمال کرنا چاہئے۔ کیوں کہ شعاعیں عدسہ میں سے گذر کر کچھ بیڑ بھی ہو جاتی ہیں۔

آنکھ کی انعطافی طاقت معلوم کرنے کے لئے منظر العین کے ذریعہ شبکیہ کے انعکاس کا معائنہ ہم پہلے بیان کر چکے ہیں اور یہ بھی بتا چکے ہیں کہ آنکھ کی انعطافی طاقت کو معلوم کرنے کے کئی طریقے ہیں۔ اگر تیزی بعبارت کا

قمر عینی کے انعکاس کا معائنہ

Retinoscopy

ہم باقاعدہ معائنہ کریں تو اسی دوران میں ہم کو یہ معلوم ہو جائے گا کہ انعطافی حالت میں کوئی خرابی ہے یا نہیں ایک بیڑ کے فاصلہ سے منظر العین کے مرآۃ سے معائنہ کرنے پر شبکیہ کے عروق وغیرہ دکھائی دیتے ہیں اس سے بھی انعطافی حالت کا اندازہ لگایا جاسکتا ہے۔ اب ہم یہ بتاتے ہیں کہ اس طریقہ سے صحیح نتائج کیوں کر استنباط کئے جاسکتے ہیں۔ بالواسطہ معائنہ سے بھی صحیح طور پر طاقت انعطافی کا اندازہ لگاسکتے ہیں بشرطیکہ بڑے عدسے کو آنکھ سے دور بٹاتے وقت قرص بھری کے حجم کے بڑھنے کو غور سے دیکھتے رہیں۔ بالواسطہ طریقہ سے انعطافی طاقت کا صحیح اندازہ اس وقت لگایا جاسکتا ہے جب کہ معالج اپنی طاقت توفیق کو ارادے کے تحت سکون میں لے آئے۔

آنکھ کی طاقت انعطافی کو معلوم کرنے کے لئے ہمارے پاس شبکیہ کے انعکاس یا شبکیہ کے سایہ کا امتحان بھیجنا اور مرنی طریقہ ہے۔ جب ہم روشنی کو کسی مرآۃ سے منعکس کر کے آنکھ میں ڈالتے ہیں تو روشنی کی شعاعوں کا

کی وجہ سے استد قاتی ہو جائیں گی۔ جن کی وجہ سے تو معنی (شبکیہ) کا ایک دائرہ نمائندہ جو آنکھ کی انسانی طاقت کے عادات کو پیش ہو سکتا ہے۔ وہ روشن ہو جائے گا۔ اب اگر روشن نقطہ اوپر کی طرف کو حرکت کرے تو شبکیہ پر کی روشنی نیچے کی طرف کو حرکت کرے گی۔

(الف) اب ہم ان شعاعوں کی طرف متوجہ ہوتے ہیں جو اس روشن نقطہ سے منعکس ہوتی ہیں۔ چنانچہ طولی و دلی آنکھوں میں یہ شعاعیں متع ہو جائیں گی۔ اور ایک ایسے نقطہ سے آتی ہوئی معلوم ہوں گی جو آنکھ کے نیچے واقع ہو۔ یہی نقطہ بیدہ گویا شبکیہ کا نور مقام ہو گا۔ یہ بھی اسی طرف نیچے، کو حرکت کرے گا جبکہ شبکیہ کی روشنی حرکت کرتی تھی۔ تھوڑی دیر کے لئے فرض کیجئے کہ عین کے سامنے نمائندہ کرنے والا اس مقام کو دیکھ رہا ہے جو نقطہ بیدہ پر واقع ہے۔ مگر وہ اپنی طاقات و فیت کو مدت حدوقین کے دیکھنے کے لئے ستموں کرتا ہے تو یہی صورت میں ظاہر ہے کہ اس کو ایک روشن دائرہ دکھائی دے گا جس کے کما سے بعد سے دیگر عیاف مومن کے نمائندہ کرنے والے کو وہ نقطہ بھی نہ معلوم ہو گا کیوں کہ یہ صحیح طور پر نقطہ بیدہ کو دیکھ ہی نہیں رہا۔ اسی سلسلہ میں یہ بھی خیال رکھنا چاہئے کہ جب شبکیہ کی روشنی نیچے کی طرف حرکت کرتی ہے تو روشنی کا دائرہ بھی نیچے کی طرف حرکت کرتا ہو معلوم ہوتا ہے۔

(ب) اس کے بعد ہم ان شعاعوں کو دیکھتے ہیں جو شدید قشر بصر دلی آنکھ کے نور قمر عینی سے منعکس ہوتی ہیں۔ شعاعیں آنکھ سے باہر نکل کر استد قاتی ہو جاتی ہیں اور آنکھ کے سامنے ان کا متنازع ایک نقطہ حقیقی پر نمودار میں آتا ہے

یہ نقطہ بیدہ جو روشن مقام کا مائل ہے روشن مقام کے اوپر کی طرف حرکت کرنے میں نیچے کی طرف کو حرکت کرے گا۔ اور روشن مقام کے نیچے کی طرف کو حرکت کے وقت اوپر کی طرف کو حرکت کرے گا۔ نمائندہ کرنے والا شخص اگر زیر معائنہ آنکھ کے نقطہ بیدہ سے دور بیٹھا ہو اور نقطہ بیدہ کی طرف دیکھ رہا ہو۔ نیز روشن مدت سے بچنے کی طاقت و فیت کو بھی استمال کرے تو اس کو روشن سا ایک بار نظر آئے گا جس کے کما سے صاف نہ ہوں گے اس وقت اگر شبکیہ کی روشنی نیچے کی طرف حرکت کرے گی تو مذکورہ بار اوپر کی طرف کو حرکت کرے گا یعنی اس کی حرکت طولی بصری آنکھ کے مقابل میں بالکل برعکس ہوگی۔ (ملاحظہ ہو تقویر نمبر ۹۰ صفحہ آئندہ پر)

اب فرض کیجئے کہ معائنہ کرنے والے کی آنکھ مریض کی آنکھ سے ایک میٹر کے فاصلہ پر ہے ۱۱

شکل نمبر ۹۲



قصر بصر والی آنکھ میں واردہ شعاعوں کا راستہ

مریض کی آنکھ میں ابصر ہے

قصر بصر ہے تو اس صورت

میں مریض کی آنکھ کا

نقطہ بعیدہ اس مقام پر

ہوگا جہاں پر معائنہ کرنے

والے کی آنکھ ہے۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۹۰

شکل نمبر ۹۴



اس تصویر میں باہر نکلنے والی شعاعیں جہاں پر اپنے راستہ کو بدل دیتی ہیں اس کو دکھایا گیا ہے
جب تک سی و کے حد تک بیتے کے اندر ہے اس وقت تک و کا حد معین کیاں روش معلوم ہوتا ہے
اگر کوئی مایہ نہیں پڑتا۔ اور جب سی و پر چلا جاتا ہے تو تمام روشنی رک جاتی ہے اور و کا حد

تھوڑی دیر کے لئے

فرض کیجئے کہ نقطہ اس کی

حد تک سطح پر واقع ہے

تو اسی صورت میں زیر معائنہ

آنکھ کے قعر عینی کی ذرا سی حرکت

بھی اپنی شبیہ کو جو نقطہ بعیدہ

پر منتقل ہو جائے گا کرنے والے

کی آنکھ کو بھل سہا دیگی۔ اسی کو دوسرے بالکل سیاہ ہو جاتا ہے۔

طریقہ سے ہم یوں بیان کر سکتے ہیں کہ زیر معائنہ حد تک یا تو بالکل روشن معلوم ہوگا یا بالکل تاریک (سیاہ)۔

(بج) اگر زیر معائنہ آنکھ جیسا ہی عبارت والی ہو تو اس کا نقطہ بعیدہ لائقا ہی فاصلہ پر ہوگا جس کو ہم معائنہ کرنے

والی آنکھ کے بہت دور تصور کر سکتے ہیں۔ اس لئے اس صورت میں شبیہ اس قدر مدغم ہوگی کہ جو بجائے نہ ہونے کے

ہے۔ مگر اس شبیہ کے لئے ضروری ہے کہ اسی طرف کو جو جس طرف کہ طول بصر والی آنکھ کی شبیہ کی حرکت ہوتی تھی

گزشتہ بیان میں ہم نے اس امر کی پوری کوشش کی ہے کہ شبکیہ کے انعکاس کو نہایت آسان پیرایہ میں سمجھاویں

اب رہا مسئلہ مرآتہ کے متعلق کہ آیا وہ قعر مریض کی یہ ایک پیچیدہ سوال ہے جس کا تعلق اس روشنی سے ہے جو مرکز

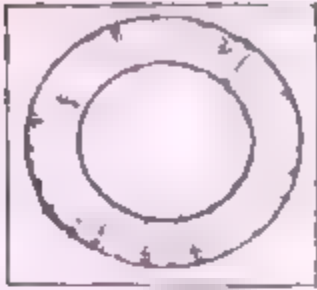
سے آنکھ میں داخل ہوتی ہے۔ مثال کے طور پر ہم کہتے ہیں کہ اگر مرضی کے پیچھے کوئی منور مقام ہو تو اس کی شبیہ جو قصر مرآۃ سے بنے گی وہ مرآۃ کے سامنے ہوگی اور جب مرآۃ اوپر کی طرف کو حرکت کرے گا تو یہ شبیہ بھی اوپر کی طرف کو حرکت کرے گی اور سطح مرآۃ سے اس کی جو شبیہ بنے گی وہ سطح مرآۃ سے اسی قدر پیچھے ہوگی جس قدر کہ منور مقام اس کے سامنے ہے۔ اسی وجہ سے جب مرآۃ اوپر کو حرکت کرے گا تو شبیہ نیچے کو حرکت کرے گی۔ ہذا سطح مرآۃ سے اگر شبکیہ کے انعکاس کو دیکھا جائے تو جب مرآۃ داہنے طرف کو حرکت کرے گا تو اس کے اندر روشن شبیہ یا وہ مقام جو آنکھ کے اندر سے روشنی کو منعکس کرتا ہے بائیں طرف کو حرکت کرے گا۔ ذیل میں ہر قسم کی آنکھ میں اس حرکت کی سمت کو ہم ظاہر کرتے ہیں۔

(۱) طول بصر والی آنکھ میں قمر عینی کا روشن دائرہ دائیں طرف کو حرکت کرتا ہے اور عددی سایہ میں بھی دائیں طرف کو حرکت ہوتی ہے۔

(۲) قصر بصر والی آنکھ میں (جس کا قصر بصر ابصریہ سے زائد ہو) قمر عینی کا روشن دائرہ دائیں طرف کو عددی سایہ بائیں طرف کو حرکت کرتا ہے۔

(۳) ۰ سے۔ ابصریہ قصر والی آنکھ میں کوئی سایہ نظر نہیں آتا۔

(۴) طبعی بصارت والی آنکھ یا قصر بصر والی آنکھ جس میں۔ ابصریہ سے کم قصر بصر ہو۔ اس میں دائیں طرف کو سایہ بہت کم یا بہت خفیف ہی حرکت کرتا ہے۔ اس میں علی کاموں کے لئے صرف اس قدر یاد رکھنے کی ضرورت ہے کہ سطح مرآۃ سے معائنہ کرنے پر سایہ اسی طرف حرکت کرے گا جس طرف مرآۃ کی حرکت ہوگی۔ یہ حکم طول بصر والی آنکھ کے واسطے ہے۔ مگر قصر بصر والی آنکھ میں سایہ کی یہ حرکت مرآۃ کی حرکت کے مخالف ہوگی بشرطیکہ قصر بصر ابصریہ سے زائد ہو۔ ایک ابصریہ دالے قصر بصر میں کوئی سایہ نہیں دکھائی دیتا۔ طبعی بصارت والی آنکھ اور ایک ابصریہ والی آنکھ میں سایہ بہت خفیف ہوتا ہے اور اسی طرف کو حرکت کرتا ہے جس طرف مرآۃ کی حرکت ہوتی ہے۔ شبکیہ کے انعکاس کے معائنہ میں علی طور پر پوسے قمر عینی کی منور شبیہ دکھائی نہیں لے سکتی۔ بلکہ یہ سایہ صرف ایک حصہ کا ہوتا ہے۔ بصارت کے شدید نقائص کی صورت میں سایہ کا کنارہ نمایاں طور پر مغنی بہت یاد سیاہی مائل ہوتا ہے اور آہستہ آہستہ حرکت کرتا ہے۔ (ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۹ صفحہ آئندہ پر)



جن آنکھوں میں بھارت کے

نقائص کم ہوں ان میں سایہ مدغم

ہوتا ہے بہت بہت بدترین کے

ساتھ حرکت کرتا دکھائی دیتا ہے۔

سایہ کا دکھائی دینا صرف ایک

منظری کیفیت ہے جس کو بھارت

کے اسباب نقائص سے کوئی تعلق

نہیں ہے۔ لہذا سد ابصر کی حالت میں جب ایک محور میں طول ابصر ہو اور دوسرے میں قصر ابصر ہو تو یہ سایہ دونوں
محوروں میں مذکورہ متاعہ کے مطابق یک دوسرے کے متساوی حرکت کرے گا۔

عموماً قنبر کا محیط مرکز کی نسبت زیادہ مسطح ہوتا ہے۔ مرکزی خط کی انحنائی طاقت کا درست کرنا زیادہ
ضروری اور مشکل حصے سے مختلف ہوتا ہے۔ بہت سی حالتوں میں اس کی وجہ سے پریشان کن سائے دکھائی

دیتے ہیں شبکیہ کے نواس کا معائنہ دراصل آنکھ کی انحنائی طاقت کا وہ موازنہ ہے جس کے ذریعہ ہم درست کرنے

والے عدسہ کو آنکھ کے سامنے لگا کر آنکھ کو اصل حالت پر لاسکتے ہیں۔ جب یہ سایہ عدسے کے لگانے سے کلیتہً زائل

ہو جائے تو ہم نتیجہ اخذ کرتے ہیں کہ اگر معالج مریض سے ایک میٹر کے فاصلہ پر ہو تو مریض کی آنکھ ایسی قصر ابصر والی

آنکھ کی حیثیت رکھتی ہے جس کا قصر ابصر ایک بصریہ کے برابر ہے۔ اس معائنہ کے لئے ہم کو تاریک کمرہ کی ضرورت ہوتی ہے

اس میں روشنی مریض کے سر کے پیچھے موزوں اوپر کو رکھتے ہیں۔ معائنہ کرنے والا مریض سے ایک میٹر کے فاصلہ پر سامنے

بٹھتا ہے۔ مریض کی آنکھ پر عینک کا ایک فریم بنیہ عدسے کے لگا دیتے ہیں جس آنکھ کا معائنہ منسود ہو اس کو

کھل رکھتے ہیں اور دوسری آنکھ کو ایک سترہ یا اندھے شیشے سے ڈھانک دیتے ہیں۔ معائنہ سے پہلے مریض کی آنکھ میں

باسطعدہ دوا کا ڈالنا سولے ماہرین اور تجربہ کار معائنہ کرنے والوں کے سمجھوں کے لئے ضروری ہے۔ درپنا دوا

نومہرین اور تجربہ کاروں کے لئے بھی ویسی ہی اس کی ضرورت محسوس ہوتی ہے جیسی مبتدیوں کے لئے۔

مشکیہ کے انکسار کے معائنہ میں صرف سطح مرآتہ استعمال کرنا چاہئے۔ پہلے انحنائی محور کا اس کے بعد

عمومی محور کا معائنہ کیا جائے۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ مریض کی آنکھ میں سایہ کے ذریعہ روشنی ڈالیں اور مرۃ کو آہستہ آہستہ ایک طرف سے دوسری طرف کو حرکت دیں۔ اس کے ساتھ سایہ کی حرکت کانیاں رکھیں۔ اگر سایہ کھڑا ہو جائے تو مرۃ کی حرکت کے ساتھ اس کی حرکت کی مطابقت نہ معلوم ہو تو اس کا مطلب یہ ہوگا کہ آنکھ میں سدوم لاحق ہے۔ اور مرۃ کی اس حرکت کا تعلق آنکھ کے دونوں محوروں سے (جن میں نقص بصارت لاحق ہو) نہیں ہے یعنی مرۃ کی حرکت اس خلاف کو نہیں جو یہی جس طرف کو انقباضی طور پر جھکا ہو یا نیچا ہے۔ اس وقت مریض کو کشش سے معلوم ہو جائے گا کہ مرۃ کس طرف حرکت دینے سے سایہ اس کے خلاف یا موافق حرکت کرتا ہے۔ گویا یہ سدوم بصر کا ایک ذریعہ محور اس طرح ہم کو معلوم ہو جائے گا۔ اب ظاہر ہے کہ دوسرا محور پٹے محور کے ساتھ انویسٹیوٹ بنا ہے گا۔ لہذا دوسرے محور کے معلوم کرنے میں کوئی مشکل نہیں۔

اگر مذکورہ امتحان میں سایہ مرۃ کی حرکت کے ساتھ (موافق جانب) حرکت کرتا ہے تو غنیمت طاقت و حد ہے۔ آنکھ کے سامنے بینک کے خالی ذریعہ میں لگا دیں اور پھر سایہ کی حرکت کو ملاحظہ کریں۔ اگر اب بھی سایہ مرۃ کی حرکت کے ساتھ حرکت کرتے تو غنیمت ہو کہ اس سے زیادہ طاقت والا عدسہ لگا دیں اور سایہ کا معائنہ کریں۔ اسی طرح کرتے ہیں یہاں کہ سایہ مرۃ کی حرکت کے خلاف حرکت کرنے لگے۔ اس کا مطلب یہ ہوگا کہ اب ہم نقص بصارت کو درست کرنے میں حد سے زیادہ بڑھ گئے ہیں۔ لہذا جس عدسے کے لگائے سے سایہ کسی جانب کو اصل حرکت نہ کرے وہی نقص بصارت کو درست کرے گا۔ اور یہ عدسہ سب سے پہلے اور سب سے آخری دونوں عدسوں کے درمیان ہوگا گویا کہ آنکھ کی انعطافی طاقت + وہ عدسہ جس کے لگانے سے سایہ حرکت نہیں کرتا = ایک بصریہ قصر بصر۔ اگر + ۳ بصریہ طاقت والے عدسے کے لگائے سے سایہ مرۃ کے ساتھ حرکت کرتا ہے اور + ۵ بصریہ طاقت والا عدسے سے مرۃ کے خلاف حرکت کرتا ہے تو ہمارا یہ فیصلہ صحیح ہوگا کہ + ۵ بصریہ طاقت والا عدسہ آنکھ کو ایک بصریہ قصر بصر والی آنکھ بنائے گا۔ لہذا انعطافی خرابی صرف + ۵ بصریہ کی ہوگی۔

اگر مریض کی آنکھ سدوم بصر والی نہ ہو تو اس عدسے سے مریض پر والی سطر پڑنے کے قابل ہوگا مگر مریض کی آنکھ میں ایئر وین ڈالی گئی ہو تو مزید تصحیح و تصدیق کی ضرورت ہوگی۔ ایئر وین عضلہ بیہ کی طاقت کو صرف ستر فی نہیں بلکہ اس عضلہ کے عضری تناؤ کو بھی کم کر دیتی ہے۔ تجربہ سے معلوم ہوا ہے کہ یہ ستر خالصتاً یا + ایک بصریہ طاقت

توفیق کے برابر ہوتا ہے۔ سی نے اس دو اکا اثر زائل ہونے کے بعد 2.5 بصریہ طاقت کا عدسہ دیا کافی ہوتا ہے۔
 اسی طرح اگر ذہن کریں کہ قصر بصر بیٹھیں۔ 4 بصریہ کا مقعر عدسہ خلاف جانب حرکت کرنے والے سایہ کے مقابل
 کر دیتا ہے اور 2.5 بصریہ والے عدسے سے سایہ کی حرکت مرآتہ کے موافق ہوتی ہے تو ہم کو معلوم ہو جائے گا کہ
 2.5 بصریہ عدسہ لگانے سے آنکھ میں ایک بصریہ کا قصر بصر باقی رہ جائے گا جس کا مطلب یہ ہے کہ اس آنکھ کو
 ایڑ دہن کے ماتحت درست کرنے کے لئے 2.5 بصریہ والے عدسہ کی ضرورت ہوگی اور ایڑ دہن کا اثر زائل ہونے
 کے بعد 2.5 بصریہ مقعر عدسہ لگانا پڑے گا۔

قصر بصر میں عضلہ ہبی کا تناؤ طول بصر کی حالت سے کم ہوتا ہے۔ چونکہ قصر بصر کی حالت میں ذرا کم طاقت کا
 چشمہ دینا چاہئے اسی لئے بہتر ہے کہ 2.5 میں (پٹ) چوتھائی بصریہ اور ملا کر 5 بصریہ کا مقعر چشمہ دیا جائے۔
 سدا بصر کی حالت میں عمودی اور افقی دونوں محوروں کا سائزہ کرنا چاہئے۔ اگر محور میں انعطافی طاقت درست ہو
 تو یہ سایہ ایک فیتہ کی صورت اختیار کرتا ہے اور اس کے (Band) کا کنارہ گویا درست شدہ محور کے متوازی
 ہوتا ہے۔ اگر اس محور کے مقابل والے محور میں مرآتہ کو حرکت نہ دی جائے تو بھی یہ سایہ اپنے درست شدہ محور میں حرکت
 کرے گا یہ حالت ایک مناظری سراب (Optical illusion) پر منحصر ہے

ان

شکل ۹۹

اگر ایک سیدھا کرہ (۹۹ ب)

ترچھے طریقہ پر ایک دائرہ نما سوراخ
 کے پیچھے رکھ دیا جائے اور اس کو افقی
 طریقہ پر حرکت دی جائے جیسا کہ ایک تیر
 کے ذریعہ بتایا گیا ہے تو یہ (د) کی
 طرٹ ملتا ہوا معلوم ہوگا۔ اور ایس
 کنسے کے ساتھ ٹھیک زاویہ بناتا ہے
 اس صورت میں سایہ نہایت صاف

ہوگا۔ جب کہ درست شدہ محور کے عمودی طرٹ مرآتہ کو حرکت دیں گے۔



(ب)

شکل ۱۰۰



(ا) ان

(ب)

(ج)

(د)

اوپر ذکر کئے ہوئے نتائج کو ذیل کے طریقہ پر لکھا جاتا ہے۔

افقی اور عمودی محوروں کو اوپر والی شکل نمبر ۹۹ کی طرح ظاہر کیا جاتا ہے۔ اور مختلف محوروں پر عدسوں کے جو نمبر دیکھے جاتے ہیں وہ آنکھ کی انعطافی طاقت کو باسطہ عدد ادویہ کے ماتحت ظاہر کرتے ہیں۔
اوپر کی شکلوں سے ظاہر ہوتا ہے (الف)، باقاعدہ طول بصر لاحق ہے۔ (ب)، اصول کے مطابق مگر باقاعدہ مخلوط سدا بصیر لاحق ہے۔

(ج)، اصول کے خلاف باقاعدہ مخلوط طول بصر والا سدا بصیر لاحق ہو (د)، باقاعدہ مرکب طول بصر لاحق سدا بصیر لاحق ہے جس کے محور ترچھے ہیں۔

محور کا رخ سدا بصیر میں جسی امتحان سے معلوم کیا جاتا ہے بچوں میں ضروری اسحوانی عدسہ خالی فریم میں لگا کر گھمائیں یہاں تک کہ کسی طرف بھی سایہ کی حرکت نہ معلوم ہو۔

مذکورہ مریضوں کو ذیل کے چٹے ٹے جائیں گے۔ اس جگہ پر ان نشانات کی توضیح ضروری ہے۔
(الف) + ۲ بصیرہ اسطوانی محور عمودی۔

(ب) + ۱ بصیرہ کردی مقعر - + ۲ بصیرہ اسطوانی محور عمودی۔ یا

+ ۵ بصیرہ محدب - - ۲ بصیرہ اسطوانی محور افقی۔

(ج) + ۱ بصیرہ محدب - + ۲ بصیرہ اسطوانی محور افقی۔ یا

+ ۳ بصیرہ محدب - - ۲ بصیرہ اسطوانی محور عمودی

(د) + ۲ بصیرہ کردی مرکب مع + ۵ اسحوانی محور + نیچے اور اندر کی طرف جائیں آنکھ

نیچے اور باہر دائیں آنکھ میں۔

+ = محدب عدسہ۔

- = مقعر عدسہ۔

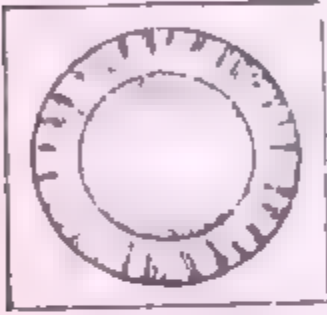
- = ترکیب مع۔

باقاعدہ سدا بصیر میں سایہ کا درست کرنا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔ کیوں کہ قرنیہ کی سطح کے مختلف حصوں کے

نظر میں فرق ہوتا ہے۔ عموماً قرنیہ کا میلی حصہ مرکزی سے زیادہ مسلح ہوتا ہے۔ لہذا مرکزی حصہ کے درست کرنے کے لئے میلی حصہ کے درست کرنے کے لئے عدسے کے علاوہ دوسرا عدسہ درکار ہوتا ہے۔ خصوصاً جب کہ حد قد پھیلا ہوا ہو۔ یہ دو بہت مختلف قسم کے پریشان کن سائب دیکھے جاتے ہیں۔ ان میں سے سب سے عام قسم کے سائب کو ہم قنچی نما سایہ کہتے ہیں۔ اس میں دو سائب کے ایک ایک سرے ملے ہوئے نظر آتے ہیں۔ اور جب روشنی کو حرکت دی جائے تو ایک دوسرے سے تقاطع پیدا کرتے ہیں۔

محزوظی قرنیہ میں ایک مثلث سایہ نظر آتا ہے جس کی چوٹی اوپر کی طرف کو ہوتی ہے۔ یہ سایہ قرنیہ کے مرکز سے ذرا نیچے ہوتا ہے۔ اور جب مرآہ کو ہلایا جائے تو یہ چاروں طرف گھوم جاتا ہے۔

شکل ۱۰



بے قاعدہ سداو بصر کی حالت میں حدتی رقبہ میں سایہ مختلف اطراف میں حرکت کرتا ہے اس حالت کو کرووی، دو جوانی، دونوں قسم کے عدسوں میں سے کسی سے بھی ہم نہیں درست کر سکتے۔ ہاں صرف اتنا ممکن ہوتا ہے کہ بینائی کسی قدر بڑھ جائے۔

آخر میں ایک خاص امر کی طرف ہم توجہ دلاتے ہیں۔ وہ یہ ہے کہ شبکیہ کے انعکاس کے ذریعہ کسی آنکھ کی لفظانی زبان بآسانی درست مچنے کا امکان ہوا۔ یہ بھی ممکن ہے کہ نہ درست ہو بلکہ دشواری پیش آئے۔ لہذا بہتے امتحانات کئے جائیں ان کے نتائج کی تصدیق مریض کے احساسات سے کر لی جائے۔ یعنی امتحان کے بعد مریض کو باہر لاکر معلوم نمبر کا عدد بتا کر دریافت کریں کہ آیا اس سے ختم بصارت رفع ہو جاتا ہے یا نہیں۔ صرف اندھیرے کمرے میں شبکیہ کے انعکاس سے معائنہ کرنے سے بے عینک کا تجویزی نسخہ ہرگز نہ لکھ دیا کریں۔

شبکیہ کے انعکاس کا معائنہ Functional examination | امراض چشم کے مریضوں کے دوسرے گروہ میں وہ علامات ہیں جن میں کوئی علامت نہیں پائی جاتی۔ اور ہم کو صرف ان تکلیف دہ احساسات کی شکایتوں پر

حصر کرنا پڑتا ہے جن کو مریض بیان کرتا ہے۔ ان مریضوں کی آنکھ کا بیرونی امتحان بعد از مدتیہ طاسے کرنے کے بعد ان احساسات کا یا آنکھ کے اعمال کا امتحان شروع کریں۔ اس امتحان میں اگر کوئی غیر طبعی حالت نہ بھی معلوم ہو تو بھی اس کے بعد آنکھ کے اندرونی حصص کا باقاعدہ منظر راہین کے ذریعہ معائنہ کریں۔

پسے گروہ کے مریضوں میں مرض کی ظاہری علامتیں جو حقیقتاً عوارض سے طور پر نمایاں ہوتی ہیں اگر وہ معلوم بھی ہو جائیں تو بھی معالج کا فرض ہے کہ ہر قسم کی غیر طبعی حالتوں کو معلوم کرنے کی کوشش کرے اور بخوبی اس امر کا اطمینان کرے کہ کوئی اور مرضی حالت تو موجود نہیں ہے۔

یہ ممکن ہے کہ پسے روز جب کہ مریض معالج کے پاس آئے تو اس کا منظر راہین کے ذریعہ معائنہ نہ کیا جاسکے۔ یہ احساسات کی تحقیق میں اس قدر پیچیدہ گیاں پیدا ہو جائیں کہ امتحان سے فی طور خواہ نتائج اخذ نہ کئے جائیں۔ ایسی صورتوں میں آنکھ کے اعمال یا اس کے اندرونی امتحان کو دوسرے وقت پر متوی کر دینا مناسب ہو گا مگر امتحان کے اس حصے کو کبھی چھوڑنا نہیں چاہئے۔

یہ یاد رہے کہ مریضوں کی ذہنیت کا میلان ہمیشہ اس طرف ہوتا ہے کہ وہ امتحان کے وقت معلوم ہونے والی تکالیف کو معالج کی طرف منسوب کرتے ہیں۔ آنکھ کے اعمال کے امتحان میں ہم احساس بھارت کی تیزی اور اس کی مختلف قسم حساس نور، احساس لون (رنگ)، احساس شکل وغیرہ کے متعلق تمام باتیں معلوم کرتے ہیں مگر اس امتحان کی ابتدا احساس شکل سے کرتے ہیں۔ اس کے بعد احساس لون اور احساس نور کا امتحان کرتے ہیں۔ ہر آنکھ کا امتحان علیحدہ علیحدہ کرنا چاہئے۔ ابتدائی امتحان میں آنکھ کا فی جہ کہ ہر آنکھ کا امتحان اس کی مرکزی بھارت کی تیزی کے متعلق دور اور نزدیک کی اشیاء کے لئے کیا جائے۔ اس کے بعد جہالی طریقہ پر میدان بصر کا معائنہ کریں۔ مدقہ عین کے روعل کا معائنہ کرنے کے بعد منظر راہین سے معائنہ شروع کیا جائے۔

ممکن ہے کہ اس وقت اس امر کی ضرورت محسوس ہو کہ میدان بصر کے متعلق جہانی معائنہ کی فریبیت اور تصدیق کی جائے، اس مقصد کے لئے میدان بصر ٹاپے کا آلہ استعمال کیا جائے۔ اور دن کی روشنی میں کئے ہوئے معائنہ کو رنگین اشیاء کے معائنہ سے مدد دی جائے۔ مرکزی اور محیطی میدان بصر کے حصص میں قیاسی اور فرق قیاسی کو معلوم کیا جائے۔ اس جہالی امتحان کے وقت بھی عضلات چشم کا سرسری امتحان منظر راہین کے

ذریعہ امتحان سے پہلے ضروری ہے۔

بصارت کی تیزی | اور کی ستیہ کے سے مرکزی بصارت کی تیزی کے معائنہ کے لئے ماہر سے لوج

ان حروف کو اس اصول کے ماتحت بنایا

گیات کہ ان کے قتل زاویہ رویت کا اوسط ایک منٹ کا ہوتا ہے۔ نقشہ میں اوپر سے نیچے کی

ط ف جو حروف ہوتے ہیں۔ وہ مسلسل اور بتدریج

چھوٹے ہوتے جاتے ہیں۔ ان حروفوں کے

خطوط کی چورنی ایسی رکھی جاتی ہے کہ اگر خط

کے دونوں کناروں سے دو خطوط آنکھ کے

نقطہ تقاطع تک کیٹنے جائیں تو ان کے درمیان

کا زاویہ ہمیشہ ایک منٹ کا ہوتا ہو اور ان حروف

کی وضع ایسی ہوتی ہو کہ اگر ان کو کسی ایسے مربع

میں رکھ جائے جس کا ہر ضلع حرف کے ہر خط کی

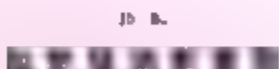
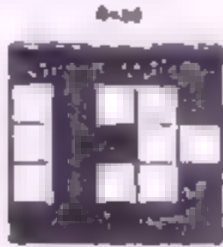
چوڑائی سے پانچ گنا ہو تو اس مربع میں یہ باکھلفت

ہونے میں جیسا کہ نقشہ نمبر ۱۰ میں دکھایا گیا ہو

بہ حروف ایسا ہوتا ہو کہ اگر ان کے نیچے یا اوپر ان میں

کائنات دو خطوط آنکھ کے نقطہ تقاطع تک کیٹنے جائیں تو نقطہ

تقاطع پر پانچ منٹ کا زاویہ بنتا ہو۔ ملاحظہ ہو تصویر نمبر ۱۱۔



ماہر ملے ان کے حروف - فاصلہ سے انکے
کی پیمائشی کا امتحان کرنے کے لئے۔ ان حروف
کی سطحوں کو بالترتیب یکے بعد دیگرے
۶۰ - ۳۹ - ۱۳ - ۱۸ - ۱۲ - ۹ - ۹ سو
کے فاصلہ سے پڑھنا چاہئے۔ اس فاصلہ سے
پہلے حروف انکے کے نقطہ تقاطع پر ۵ ڈگری
کا زاویہ بناتے ہوں •

مذکورہ بیان سے ظاہر ہوتا ہو کہ ایسے حرف کو آنکھ سے دور رکھ کر منٹ کے لئے مریض سے پڑھوانا چاہئے
جس قدر یہ دور ہوں اسی قدر بڑے ہونے چاہئیں۔ اور ان حروف کے خطوط بھی نزدیک ہونے کی صورت



میں کم اور دور ہونے کی صورت
میں زیادہ چڑھے ہوتے چاہئیں۔
ماہر سے لین کے نقشہ میں اوپر
کے حروف اتنے بڑے ہوتے ہیں کہ
اگر ۶ میٹر کے فاصلہ سے ان حروف
سے آنکھ کے نقطہ تقاطع تک خطوط

کھینچے جائیں تو جو زاویہ بنتا ہے وہ درست کہہ سکتے ہیں۔ دوسری سطر کے حروف ۴ میٹر کے فاصلہ سے آنکھ
سے نقطہ تقاطع پر ڈانٹ کا زاویہ بنتے ہیں۔ اور تیسری چوتھی پانچویں چھٹی اور ساتویں سطر کے حروف
۱۴ - ۱۲ - ۱۰ - ۸ - ۶ - ۴ میٹر کے فاصلہ سے آنکھ کے نقطہ تقاطع پر ڈانٹ کا زاویہ بنتے ہیں۔ معائنہ کے لئے بعض
وقات اس سے چھوٹے حروف بھی مریض سے پڑھوائے جاتے ہیں۔ یہ اس قدر چھوٹے ہوتے ہیں کہ ۴ - ۲
۵ - ۳ میٹر کے فاصلہ سے آنکھ کے نقطہ تقاطع پر ڈانٹ کا زاویہ بنتے ہیں۔

گویا اوسط درجہ کی بصارت رکھنے والا اور بڑے حروف کو ۶ میٹر کے فاصلہ سے پڑھ سکے گا۔ دوسری سطر کے
حروف کو ۴ میٹر کے فاصلہ سے اور تیسری سطر کے حروف کو ۲ میٹر کے فاصلہ سے علیٰ ہذا القیاس اس کے بعد والی
سطروں کے حروف کو اور کم فاصلہ سے پڑھ سکے گا۔ مگر بصارت کے امتحان میں ان حروف کو اس قدر دور
فاصلہ سے پڑھانا ایک طوالت ہے۔ لہذا اس سے بچنے کے لئے ذیل کا طریقہ اختیار کیا جاتا ہے۔

مریض کو اس نقشہ سے ایک مقررہ فاصلہ پر کھڑا کیا جاتا ہے۔ مگر یہ فاصلہ ۵ میٹر سے کسی طرف کم نہ ہونا
چاہئے۔ بہتر تو یہ ہے کہ یہ فاصلہ ۶ میٹر ہو۔ مقررہ فاصلہ سے جو شعاعیں حد قد عین میں داخل ہوتی ہیں ان میں
سب سے کم قدر کم ہوتا ہے کہ اس کو ہم نظر انداز کر سکتے ہیں۔ چنانچہ جو شعاعیں ۶ میٹر کے فاصلہ سے چل کر حد قد عین
میں داخل ہوتی ہیں ان کو ہم علیٰ طور پر متوازی سمجھ لیتے ہیں۔

اب اگر مریض کی آنکھ اور نقشہ کا درمیانی فاصلہ ۴ میٹر ہو تو آنکھ میں داخل ہونے والی شعاعوں کو مرکز پر
ماننے کے لئے جیسی بصارت والی آنکھ کے لئے اپنی طاقت توفیق کا استعمال ضروری ہے۔ تاکہ یہ شعاعیں شبکیہ پر

مجموع ہو گئیں اس لئے اس فاصلہ سے بصارت کا معائنہ غلط ہو گا۔

طبعی بصارت والا شخص ۶ میٹر کے فاصلہ سے سنہ لین کے نقشہ کی اس سطر تک بخوبی پڑھ سکتا ہے جو میٹر سے پڑھنے کے لئے مقرر ہے۔ اچھی روشنی میں بہت سے لوگ اس سطر کے بعد والی سطر کو بھی پڑھ لیتے ہیں۔ اب اگر شخص اپنی دائیں آنکھ سے صرف ۱۸ میٹر والی سطر پڑھ سکتا ہے تو اس کا مطلب یہ ہو گا کہ اس کی بصارت دور کی اشیاء کے لئے خراب ہے۔ اس خرابی کی حالت کو ہم ایک کسر کے ذریعہ سے ظاہر کرتے ہیں۔ جن میں کسر کے اوپر کا ہندسہ مریض کی آنکھ اور جڑوں کے درمیانی فاصلہ کو بتاتا ہے اور نیچے کا ہندسہ اسی فاصلہ کو ظاہر کرتا ہے۔ جس سے طبعی بصارت والا شخص اس سطر کو پڑھ سکتا ہے۔ تھوڑی دیر کے لئے فرض کیجئے کہ موجودہ صورت میں ۶ میٹر کے فاصلہ سے خراب آنکھ والا شخص ۱۸ میٹر والی سطر پڑھ سکتا ہے۔ تو اس کی بصارت کو ذیل کے طریقہ پر ظاہر کریں گے۔

دیکھنے والی آنکھ کی بصارت = $\frac{6}{18}$

طبعی آنکھ کی بصارت = $\frac{6}{6}$

یعنی طبعی آنکھ کی بصارت ایک اکائی ہے اور خراب آنکھ کی بصارت طبعی آنکھ کی بصارت کی $\frac{1}{3}$ ایک تہائی ہے۔ مگر یہ یاد رہے کہ کسر کو مختصر نہ کرنا چاہئے جیسا کہ ہم پہلے بھی بیان کر چکے ہیں کیوں کہ یہ اندازہ خاص حالات کے ماتحت ہوتا ہے۔ اور اس کو اپنی اصل حالت پر قائم رکھنے سے غلطی کا امکان نہیں ہوتا۔ لیکن مختصر کرنے سے اصل مطلب فوت ہو جاتا ہے کیوں کہ اصل صورت میں ہم یہ سمجھ لیتے ہیں کہ مریض نقشہ سے ۶ میٹر کے فاصلہ پر تھا اور اس فاصلہ سے وہ صرف ۱۸ میٹر والی سطر کو پڑھ سکا۔ مگر جب ہم اس کو مختصر کر کے $\frac{1}{3}$ کر دیں تو اس سے یہ مطلب سمجھ میں نہیں آتا۔ یہ بھی ذہن نشین رکھنا چاہئے کہ نقشہ پر روشنی کی کمی بیشی سے بصارت کی تیزی پر اثر پڑتا ہے تجربہ سے یہ بات ثابت ہو چکی ہے کہ جیسے جیسے روشنی سے ۲ فٹ بتی تک بڑھائی جائے

دیئے دیئے بصارت کی تیزی بڑھتی ہے۔ مگر ۲-۳ فٹ بتی سے بصارت کی تیزی نہایت خفیف

درجہ ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے ضروری ہو کہ امتحان کے وقت روشنی کی مقدار ۲-۳ فٹ بتی سے کسی طرح کم نہ ہو۔ اگر ہم معائنہ کے لئے اس معیار کو مقرر کریں جو ماہرین چشم کی بین الاقوامی مجلس میں طے

کیا جا چکا ہے تو زیادہ بہتر ہوگا۔

اگر میٹر کے فاصلہ سے نقشہ کے حروف میں کسی ایک آنکھ سے بھی نہ پڑھ سکے تو اس سے کہا جائے کہ وہ بہت قریب کے نزدیک آئے۔ ایسا کرنے سے ممکن ہے کہ کسی خاص جگہ پر پوچھا کر اس کو وہ حرف صاف دکھائی دینے لگے۔ یہی صورت پیش آئے تو اس مقام سے اس کو ذرا پیچھے لے جائیں۔ اس طریقہ صحیح طور پر وہ جگہ معلوم کریں جہاں سے شخص اوپر والا حرف پڑھ سکتا ہے۔ اگر یہ فاصلہ ۳ میٹر ہو تو اس کی بصارت کو ہم ذیل کے طریقہ پر نظر کریں گے۔

آنکھ کی بصارت = پتہ

یہ بھی ممکن ہے کہ اس فاصلہ پر پوچھنے کے بعد بھی اس کو اوپر والا حرف صاف نہ دکھائی دے۔ ایسی حالت میں صابج کو پتہ کہ ایک میٹر کے فاصلہ پر مریض کے سامنے کسی سیاہ سطح پر اپنی انگلیوں کو رکھے۔ اور اس فاصلہ کو لمبائی کر کے دیکھے کہ مریض کہاں سے انگلیوں کو گن سکتا ہے۔ ایسی صورت میں مریض کی بصارت کو ظاہر کرنے کے لئے ذیل کا طریقہ اختیار کیا جائے گا۔

بصارت = ایک یا نصف میٹر پر انگلیوں کو گن سکا۔

جب مریض انگلیوں کو بھی نہ گن سکے تو اس کو روشنی کی طرف دیکھنے کو کہا جائے۔ روشنی خواہ دن کی ہو یا رات کی، اور صابج روشنی اور مریض کی آنکھ کے درمیان میں اپنا ہاتھ ہلائے اگر مریض ہاتھ کی حرکت کو دیکھ سکے تو اس کی بصارت کو مندرجہ ذیل طریقہ پر ظاہر کیا جائے گا۔

بصارت = ہاتھ کی حرکات کا پہچانا۔

اگر ہاتھ کی حرکت کو بھی نہ دیکھ سکے تو مریض کو اندھیرے میں لے جائیں اور بجلی کی روشنی کو کبھی روشن کریں اور کبھی تاریک۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ ایک سٹول پر مریض کو بٹھا کر اس کے پیچھے بجلی کا لیمپ رکھیں اور منظر اس کے سامنے کے ذریعہ اس کی آنکھ کے اندر روشنی ڈال کر دریافت کریں کہ اس آنکھ پر روشنی پڑتی ہے یا نہیں۔ اگر مریض نور روشنی محسوس ہوتی ہو تو اس کی بصارت کو ظاہر کرنے کا طریقہ ذیل میں درج ہے۔

بصارت = احساس نور۔

اور اگر اس کو روشنی بالکل نہ معلوم ہو تو اس طرح ظاہر کریں گے۔

بصارت = عدم احساس نور

اس موقع پر یہ بتانا بھی ضروری ہے کہ جو مریض علیحدہ علیحدہ اپنی دونوں آنکھوں سے ہیمیسٹر کے فاصلہ ہیمیسٹر والی سطر پڑھ سکتے ہیں ان کی آنکھ کی بصارت کا طبیعی ہونا کوئی ضروری امر نہیں ہے۔ اگر ایسے مریض اپنی آنکھ کو بند کر کے پڑھتے ہیں تو غالباً ان کو قصر بصر ہے مگر اس حالت کو خاص طور پر زیادہ خراب نہ سمجھنا چاہئے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ ان مریضوں کو طول بصر لاحق ہو اور وہ اپنی طاقت توفیق سے تقریباً متوازی شعاؤں کو لپٹنے پر مجتہد کر لیں۔ اس وقت میں ہم کو یہ معلوم کرنا ہوگا کہ مریض اپنی طاقت توفیق کو تو استعمال نہیں کر رہا۔ اس کو معلوم کرنے کے لئے اس آنکھ کے سامنے مثبت محدب عدسہ لگا دیں اور دیکھیں کہ زیادہ سے زیادہ طاقت کا وہ کتنا عدسہ ہے جس کو آنکھ کے سامنے لگانے کے باوجود وہ ہیمیسٹر کے فاصلہ سے ہیمیسٹر والی سطر کو پڑھ سکتا ہے۔

جب محدب عدسہ کسی ایسی آنکھ کے سامنے لگائیں گے جس کی طاقت توفیق اچھی ہو تو فوراً ہی شبانہ نظر نام شروع ہو جائیں گی۔ لہذا ایسی طاقت کا عدسہ استعمال کریں کہ ضروری طور پر ہیشیار خراب نظر آویں۔ اور اس محدب عدسہ کی طاقت کو مقرر عدسے سامنے رکھ کر کم کرتے جائیں + ہم بصریہ طاقت والا عدسہ اگر سامنے لگے جائے تو ممکن ہے کہ مریض صرف چند سطریں پڑھ سکے۔ اب ہم بصریہ کو اپنی جگہ پر رہنے دیں اور اس کے ساتھ ساتھ اس کی طرف ۱/۲ بصریہ طاقت والا عدسہ اور لگا دیں۔ اب ممکن ہے کہ مریض ایک سطر کو اور پڑھ لے۔ اس کے بعد ۱/۲ والے عدسے کے بجائے (۱) بصریہ طاقت والا عدسہ رکھیں اب بھی اگر وہ ۱/۲ سطر نہ پڑھ سکے تو (۱) بصریہ کے بجائے (۱) بصریہ والا عدسہ سامنے رکھیں۔ فرض کیجئے کہ اب وہ ۱/۲ سطر آسانی سے پڑھ سکتا ہے تو اس سے معلوم ہوا کہ اس آنکھ کی بصارت + ۲/۵ بصریہ والے عدسے کے ذریعہ اوسط درجہ کی ہو جاتی ہے جس کا مطلب یہ ہو کہ + ۲/۵ بصریہ والے عدسے کے ذریعہ ہم اس کی آنکھ کی طاقت توفیق کو مناسب حد تک مسترخ کر سکتے ہیں۔ مگر اس سے یہ نتیجہ نہیں نکلا کہ + ۲/۵ بصریہ اس کی طاقت توفیق ہے۔

ہم پہلے یہ بتا چکے ہیں کہ جس قدر جوان یا کم عمر انسان ہو اسی قدر اس کی آنکھ میں طاقت توفیق زیادہ ہوتی ہے۔ جب کم عمر شخص اس اپنی طاقت توفیق کے ذریعہ آسانی سے ہیشیار کو دیکھ سکتے ہیں اگر ایسے مریض طول بصر میں مبتلا ہوں تو ان کے عدسہ طبیعی کا انقباض گویا کہ طبیعی حالت کے مانند ہو جاتا ہے۔ بسا اوقات عضلہ ہڈی کا انقباض نہ

زیادہ بھی ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں یہ مرضی کو یہ مصنوعی طور پر قصر بصر والے ہو جاتے ہیں۔ اس حالت کو ہم (تشخیص) توفیق (Span of accommodation) کہتے ہیں۔

مذکورہ بالا باتوں سے ظاہر ہوتا ہے کہ مرضی جس قدر کم عمر ہو سی قریاقت توفیق کو زیادہ استعمال کرے گا۔ اس کی طاقت توفیق کو بائیں کہنا اسی قدر دشوار گزار ہو گا۔ طاقت توفیق کا جتنا حصہ ہم مثبت عدسہ سے کم کر سکتے ہیں اس کو غامبری یا جلی طول بعیر (Manifest hypermetropia) کہتے ہیں اور طاقت توفیق کا بقیہ حصہ جس کو ہم مثبت عدسہ بدنی کے مسترخی کرنے سے کم کر سکتے ہیں۔ یا جس کو ہم مذکورہ بالا طریقہ سے کم نہیں کر سکتے اس کو ہم منفی طول بعیر (Latent hypermetropia) کہتے ہیں۔ اور ان دونوں کو ملا کر یعنی جلی طول بعیر + منفی طول بعیر کو کلی طول بعیر (Total hypermetropia) کہتے ہیں۔

اسب اثر مثبت عدسہ جو طول بعیر بالکل خفی ہوتا ہے اور عدسہ اس قدر بچک دار ہوتا ہے کہ خفیف سے خفیف تحریک سے بھی متاثر ہوئے بغیر نہیں رہ سکتا مگر جیسے جیسے اس کی بچک کم ہوتی جاتی ہے ویسے ویسے طول بعیر جلی صورت اختیار کرتا جاتا ہے۔ یہاں تک کہ جب آخر میں طاقت توفیق بالکل غائب ہو جاتی ہے تو یہ کلیتاً جلی صورت اختیار کر لیتا ہے۔ دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہے کہ مریض کی عمر جس قدر زیادہ ہو اسی قدر اس کے کلی طول بعیر جلی طول بعیر زیادہ ہوتا ہے۔ ان صورتوں میں مریض کی بصارت کو مندرجہ ذیل طریقہ پر نظر ہر کریں گے۔

بصارت = پ + طول بعیر + ۲۰۵ بصریہ

دو مریض پڑھنے لکھنے ہوتے ہیں اور جن سے حرفوں کو پڑھانے میں بار بار پوچھنا نہیں پڑتا ان کے امتحان میں تکلیف بہت کم ہوتی ہے اور ان کی جلی طول بعیر کا اندازہ آسانی سے لگایا جاسکتا ہے جس کا طریقہ یہ ہے کہ ان کی آنکھ کے سامنے کمزور طاقت والا مثبت عدسہ رکھ کر دیکھیں اگر مریض حروف کو صاف پڑھ لے تو اور زیادہ طاقت والا عدسہ لگائیں اس طرح بتدریج بڑھتی ہوئی طاقت کا عدسہ لگاتے رہیں یہاں تک کہ پ + جلی طول بعیر غرضات نظر آنے لگے جس عدسے سے یہ سطر غیر شفاف نظر آوے اس سے قبل والا عدسہ مریض کے طول بعیر کو ظاہر کرتا ہے۔

دوسرا مریض جس کی عمر پہلے سے زیادہ ہے ممکن ہے کہ محدب عدسے کی مدد سے کچھ زیادہ بڑھ سکے۔ ۵ سال

عمر کا مرض صرف $\frac{1}{4}$ والی سطر اور ۲+ بصریہ کے ساتھ $\frac{1}{4}$ والی سطر اگر پڑھے اس مرضی کا جلی طول بصر ۲+ ہے۔ اب چونکہ اس کی عمر وہ سال ہے اس لئے اس کی طاقت توفیق + البصریہ باقی رہ گئی ہے۔ لیکن جب وہ بزرگ ہو کر پڑھتا ہے تو وہ اس طاقت توفیق کو $\frac{1}{4}$ پڑھنے کے لئے استعمال کرتا ہے۔ اس کے بعد اس کی طاقت توفیق کا نہیں دیتی۔ اسی لئے نیچے والی سطر کے حروف صاف نظر نہیں آتے۔

یہ ممکن ہے کہ یہ شخص $\frac{1}{4}$ والی سطر اس حالت میں بھی پڑھے جب کہ اس کی آنکھ کے سامنے ۱+ بصریہ طاقت والا عدسہ موجود ہو۔ کیوں کہ ایسا ہو سکتا ہے کہ یہ عدسہ اس کی بقیہ طاقت توفیق کے ساتھ مل کر اس کے طول بصر کو درست کرے۔ اگر زیادہ طاقت کا عدسہ لگا کر دیکھنے پر ۲+ بصریہ والے عدسے سے ہم کو معلوم ہو کہ وہ $\frac{1}{4}$ والی سطر پڑھ سکتا ہے یا اس کو پہلے سے اب زیادہ صاف دکھائی دیتا ہے تو اس کے یہ معنی ہوں گے کہ اس کو جلی طول بصر ہے۔ لہذا اس مرضی کی بصارت کو ذیل کے طریقہ پر ظاہر کریں گے۔

$$\text{بصارت} = \frac{1}{4} \text{ طول بصر} + ۲ \text{ بصریہ} = \frac{1}{4}$$

صرف مذکورہ طریقہ امتحان میں محدب عدسے آنکھ کے سامنے لگائے جانے ہیں۔ کسی صورت میں بھی دور کی کا امتحان کرتے وقت مقررہ عدسے اس وقت تک نہ استعمال کئے جائیں جب تک آنکھ میں باسط عدسہ دوانہ ڈالی گئی ہو۔ طبی بصارت والے یا طول بصر والے مرضی بشرطیکہ ان کو بصیر شیخوخت نہ لاحق ہو خفیف طاقت والے مقررہ عدسے کے باوجود $\frac{1}{4}$ والی سطر پڑھ سکتے ہیں۔ اس کا مطلب یہ ہوا کہ وہ عدسہ کے برابر طاقت توفیق استعمال کر کے اس کو متادل کر رہے ہیں لیکن جب تک مرضی کی آنکھ میں باسط عدسہ دوانہ ڈالی جائے اس امتحان سے صحیح معلومات نہیں حاصل ہوتیں اور امتحان بیکار ہو جاتا ہے۔ دور کی بصارت اور مرضی کی ہر آنکھ کا طول بصر معلوم کرنے کے بعد نزدیک کی چیزوں کے متعلق بصارت کا موازنہ کریں۔ اس مقصد کے لئے ماہر سے لین کا نقشہ پڑھنے کے لئے استعمال کیا جائے اس نقشہ کے حروف بھی اسی بنیادی اصول پر بنائے جاتے ہیں جس اصول پر دور کی بصارت کے لئے نقشہ کے حروف بنائے گئے ہیں۔ یہ بات تجربہ سے ثابت ہو چکی ہے کہ ماہر سے لین کے نقشہ کے سب سے چھوٹے حروف سے بھی چھوٹے حروف پڑھ سکتے ہیں بشرطیکہ ان کے خطوط ذرا موٹے ہوں۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ حروف کے بالکل صاف نظر نہ آنے کے باوجود پڑھنے والا اپنے خیال سے بھی مدد لے کر پڑھنے کی کوشش کرتا ہے اسی لئے ماہرین کا

| | |
|----------------|-------|
| J. 1 (Sn. 0.1) | 0.1 m |
| J. 2 (Sn. 0.6) | 0.6 m |
| J. 3 (Sn. 0.8) | 0.8 m |

J. 8 (Sn. 1). 1 m
the time, for they are not worth expense, for I perceive they are
not silver. — "No," cried I, "no more silver

J. 8 (Sn. 125). 125 m
with copper rims and slagreen cases? A murren take
them up. — "I'll be the first to pick up
one of these," cried I, "if you let me." — "Then,

J. 10 (Sn. 15). 15 m
the idiot!" returned she, "to bring me such stuff
if I had them I would throw them in the fire." —
"There again you are wrong, my dear," cried I,

J. 12 (Sn. 175). 175 m
By this time the unfortunate Moses was
undeceived. He now saw that he had

J. 14 (Sn. 225). 225 m
asked the circumstances of his
deception. He sold the horse, it

نورنگ کی مصارت کے لئے مصرت رہا۔ (۲۰۱ جہنگ کے مطابق)
جن کو مارا گیا ہے ان کے لئے مصرت رہا ہے۔ اور وہ مصرت رہا ہے۔
بتایا گیا ہے جس سے کہ مصرت والی مصرت ہو ان کو یہ مصرت چاہیے۔

نہیں ہے کہ ان امتحانات میں حروف کو پڑھنا بڑی مشکل ہے۔

۱۔ ہر حیر نے پڑھنے کے لئے معمولی چھاپے کے چھوٹے حروف سے بڑے حروف تک ترقی سے
جیسے امتحانات کے لئے یہ بھی ویسے ہی کارآمد ہیں۔ امتحان کے وقت مانتیں کے ہاتھ میں امتحان والی تختی دیدی
جاتی ہے اور اس سے پڑھنے کو کہا جاتا ہے۔ مریض میں جلد پر تختی کو رکھ کر پڑھ سکتا ہے اس سے ہم کو کسی حد تک
اس کی نگاہ کی خرابی کا پتہ چلتا ہے۔ اگر وہ بڑا سا ہے اور تختی کو دور رکھ کر پڑھتا ہے تو اس کا مطلب یہ ہے کہ
اس مریض میں دور کی بینائی طبعی ہے لیکن بصر شوخت لاحق ہے۔ اور اگر وہ تختی کو پڑھنے کے معمولی فاصلے
کم فاصلے پر رکھ کر پڑھتا ہے اور اس فاصلے سے وہ چھوٹے سے چھوٹے حروف کو باسانی پڑھ سکتا ہے تو اس
کا مطلب یہ ہوگا کہ اس کو قصر بصر لاحق ہے خواہ اس کی عمر کچھ ہی ہو۔ کبھی دیکھ دیکھی نزدیک رکھ کر پڑھنے
کی خرابی مادہ بچوں میں پیدا ہو جاتی ہے۔ اب ہم سب سے پہلے طبی بصارت و سب مریض کو دیکھتے ہیں۔

(۱) طبی بصارت والا مریض اگر $\frac{1}{2}$ والی سطر پڑھ سکتا ہے تو اس کو بلی طول جبر بالکل نہیں۔ اگر وہ بیڑ کا
ممبر پڑھنے کے معمولی فاصلہ (۹ انچ یا ۲۲ سنی) سے پڑھتا ہے تو اس کو ہم ذیل کے طریقہ پر ظاہر کرتے ہیں۔

بصارت = $\frac{1}{2}$ عدم طول بصر ج ۱

اگر نزدیک سے پڑھنے کا فاصلہ لکھا ہوا نہ ہو تو اس کا مطلب یہ ہوگا کہ پسنے والی تختی ذرا بچ کے فاصلہ پر تھی۔
(۲) اب فرض کیجئے کہ ایک مریض جو $\frac{1}{2}$ پڑھ سکتا ہے اور اس کو (ظاہری) بلی طول بصر نہیں لاحق۔
گنج ممبر کو باسانی پڑھ سکتا ہے۔ اس صورت میں اگر وہ تختی کو آنکھ کے قریب لاکر پڑھے تو تختی کے فاصلے
کا اندازہ کر لینا ضروری ہے۔ فرض کیجئے کہ یہ فاصلہ ۵ انچ ہے تو اس کو ہم ذیل کے طریقہ پر لکھیں گے۔

بصارت = $\frac{1}{2}$ عدم طول بصر ج ممبر ۵ انچ کے فاصلہ پر۔

(۳) اب ایک مریض ایسا ملتا ہے جس کی عمر ۵۵ سال ہے اور $\frac{1}{2}$ کو وہ پڑھ سکتا ہے اور اس کو (ظاہری)
بلی طول بصر نہیں ہے۔ اب اس کو نزدیک سے پڑھنے والی تختی دی جائے اگر وہ اس تختی کو دور رکھ کر پڑھے اور اس کے باوجود بھی ج بڑا
کو پڑھ سکے تو اس صورت میں یہ معلوم کرنا کہ وہ کونسی سطر اور کس فاصلے سے اس کو پڑھ سکتا ہے بالکل فضول
امر ہے کیوں کہ ہم کو معلوم ہے کہ اس کی عمر ۵۵ سال ہے اس کی طاقت تو فنیق صرف + ابصر یہ باقی رہ گئی

ہے۔ لہذا اب ہم کو صرف اتنا معلوم کرنا چاہئے کہ آیا وہ ج نمبر کو پڑھنے کے معمولی فاصلے سے پڑھ سکتا ہے
نہیں؟۔ لیکن اس امر کے فیصلے سے پہلے اس کی بصیرت بخوبی کو درست کر لینا ضروری ہے۔ لہذا ہم کو چاہئے
کہ ایسے مریض کی آنکھ کے سامنے + ۳ بصریہ والا عدد لگا کر اس سے کہیں کہ وہ تختی کو نزدیک لاوے اور
اس سے پوچھیں کہ وہ چھوٹے سے چھوٹا حروف پڑھ سکتا ہے یا نہیں۔ اگر وہ آسانی سے پڑھ سکے تو ذیل کی صفحہ
میں اس کو ظاہر کریں گے۔

بصارت = $\frac{1}{4}$ طول بصر + ۳ بصریہ عدد = ج نمبر

(۴) آخر میں ہم ایک ایسا مریض لیتے ہیں جس کی عمر ۵ سال ہے اور وہ $\frac{1}{4}$ پڑھ سکتا ہے اور + ۳ بصریہ
طاقت والے عدد سے $\frac{1}{4}$ پڑھ سکتا ہے۔ مذکورہ مریض کی طرح یہ مریض بھی تختی کو دور رکھ کر پڑھے گا۔ اور اس کے
باوجود وہ اچھی طرح نہ پڑھ سکے گا۔ ہم کو یہ معلوم ہے کہ ایسے مریض کی طاقت توفیق + ۲ بصریہ باقی ہے اور اس کو + ۲
طول بصر بھی لاحق ہے لہذا ہم اس وقت تک کبھی یہ امیدیں کر سکتے کہ یہ مریض پڑھنے کے معمولی فاصلے سے جیکر نمبر کو پڑھ سکے
تک کہ اس کی بصیرت بخوبی کے ساتھ اس کے طول بصر کو بھی درست نہ کر دیا جائے۔ ایسی صورتوں میں ہمیشہ ہم کو + ۲ بصریہ
طاقت والا عدد لگا کر مریض سے پڑھوانا چاہئے۔ اگر ہم ایسا کریں گے تو وہ آسانی سے ج نمبر کو پڑھ لے گا اور
مریض کی بصارت کو ظاہر کرنے کا طریقہ ذیل میں درج کیا جاتا ہے۔

بصارت = $\frac{1}{4}$ طول بصر + ۲ = ۴ + ۲ بصریہ محمد ب عدد = ج نمبر

معمولی اصول جو بصیرت بخوبی کے لئے مقرر کیا گیا ہے وہ یہ ہے کہ ۴ سال کے بعد ہر ۵ سال کے لئے + ۲ بصریہ
طاقت والا عدد دینا چاہئے مگر تجربہ سے بعض اوقات یہ کسی قدر زیادہ ثابت ہوتا ہے۔ لہذا شاید و نادری صورتوں میں
اس سے زیادہ دینے کی ضرورت پڑتی ہے۔

طاقت توفیق کی دست | طاقت توفیق کی مدد معلوم کرنے کے واسطے ضروری ہے کہ علی طول بصر کے ساتھ ہم کو اس امر کا بھی
علم ہو کہ پڑھنے کے معمولی فاصلے سے جیکر کے چھوٹے سے چھوٹے حروف پڑھنے کی مریض
سے کتنی قابلیت موجود ہے۔ عموماً طاقت توفیق کا ہم پوری طرح معائنہ نہیں کرتے۔ مگر یہ یاد رکھنا چاہئے کہ اس
انتہائی زیادہ غور و فکر کے ساتھ مزید تفصیل کی ضرورت ہوتی ہے۔ آنکھ کے نقطہ قریب کو معلوم کرنے کا طریقہ ہم پہلے

بان کر چکے ہیں۔ اب علی حیثیت سے اس کے معلوم کرنے کا بہترین طریقہ درج کرتے ہیں وہ یہ ہے کہ جبکہ کے چھوٹے سے چھوٹے زون والی سطر کو آنکھ سے نزدیک لاتے جائیں یہاں تک کہ اس کو بالکل نہ پڑھ سکیں۔ پس یہی آخری مقام جہاں پڑھنے سے یہ حروف دکھائی نہیں دیتے وہی آنکھ کا نقطہ قریب ہے۔ اس فاصلہ کو آنکھ سے ہم ناپ لیتے ہیں، اگر ضرورت محسوس ہو تو اس کو ٹی میٹر میں لکھ دیتے ہیں (۲۵ م م = ۱-۱۰ اینچ) طاقت توفیق کی حدود ایل کے قاعدہ سے معلوم کی جاتی ہیں۔ ۱ = پ۔ س کے مفہوم کو ہم پہلے بیان کر چکے ہیں۔

۲ = پ۔ س۔ یعنی حدود طاقت توفیق = آنکھ کی انعطافی طاقت حسب کہ طاقت توفیق پوری طرح برقرار ہو۔ آنکھ کی انعطافی طاقت بجات سکون۔ اس میں شک نہیں کہ طول بعد وائے مضمیوں کی طاقت توفیق کی حدود کو ہم پوری طرح اس وقت تک معلوم نہیں کر سکتے۔ جب تک کہ اس مضمی کا کئی طول بعد ہم کو معلوم نہ ہو۔ یہ ممکن ہے کہ اس کے معلوم کرنے کے واسطے آنکھ میں باسط حدقہ دوا کے ڈالنے کی ضرورت پڑے۔

علی حیثیت سے ہم کو صرف یہ معلوم کرنے کی ضرورت محسوس ہوتی ہے کہ کہیں طاقت توفیق سترخی تو نہیں ہو گئی۔ جیسا کہ خناق و بانی کے بعد یا کبھی باسط حدقہ دوا کے ڈالنے سے ہو کر تا ہے۔ ان صورتوں میں صرف نقطہ قریب کے فاصلہ کا جاننا کافی ہوتا ہے۔ اس کو معلوم کرنے کے بعد حدقہ کے تفاعل کو معلوم کرتے ہیں اور لکھ لیتے ہیں کہ اس وقت بصارت کی کمی کی وجہ سے آنکھ میں باسط حدقہ دوا ڈالنے کی ضرورت پڑے اور ہم مذکورہ امتحان کو نظر انداز کر جائیں تو پھر اس کا امتحان ناممکن اہل ہو جاتا ہے۔ اسی لئے معائنہ کے بعد حدقی تفاعل کا لکھ لینا ضروری ہے۔

خارج میں وہ میدان ہے جس کے اندر ہر شے کو انسانی آنکھ دیکھ سکتی ہے یا یہ بھی کہہ سکتے ہیں کہ اگر میدان بصر

آنکھ ٹھیک سامنے کی طرف دیکھے تو اس کی بصارت کا وہ وسیع میدان جس میں اوپر نیچے

ہیں باتیں کی اشیاء کو آنکھ دیکھ سکے۔ اس آنکھ کا میدان بصر کہلاتا ہے

اگر ہم سمندر کے کنارے کھڑے ہو کر افق پر کسی جہاز کو دیکھیں تو اس جہاز کی شبیہ آنکھ کے مرکز پر

ہوتی ہے

دنیا میں ہر وہ چیز جس کی شبیہ (Image) شبکیہ کے مرکز پر ہوتی ہے وہ خط بصارت

پہوتی ہے یعنی اس خط پر ٹوشکیہ کے مرکز و آنکھ کے (point of contact) Line of vision

نقطہ تقاطع میں سے گذرتا ہے۔ فن پر کسی جہاز کو دیکھنے میں چاروں طرف میلوں تک ہم مختلف نقطہ دیکھتے ہیں حالانکہ وہ بالکل صاف نہیں دکھائی دیتیں۔ آنکھ کے انعطافی نظام کو جانتے ہوئے ہم دیکھ سکتے ہیں کہ ان اشیاء کی شبیہ شبکیہ کے چاروں طرف کے حصے پر پرتی ہوتا ہے شبکیہ کے کسی مقام پر پڑنے والی تصویر اس خط پر ہوتی ہے جو اس شے سے لے کر آنکھ کے نقطہ تقاطع سے گذرتے ہوئے مقام شبیہ شبکیہ پر پڑتی ہے میدان بصر گویا وہ میدان ہے جو ان مختلف شبکی نقطہ سے باہر کی طرف خطوط کھینچنے سے بنتا ہے۔ اس خط پر جہاز موجود ہوتی ہے۔

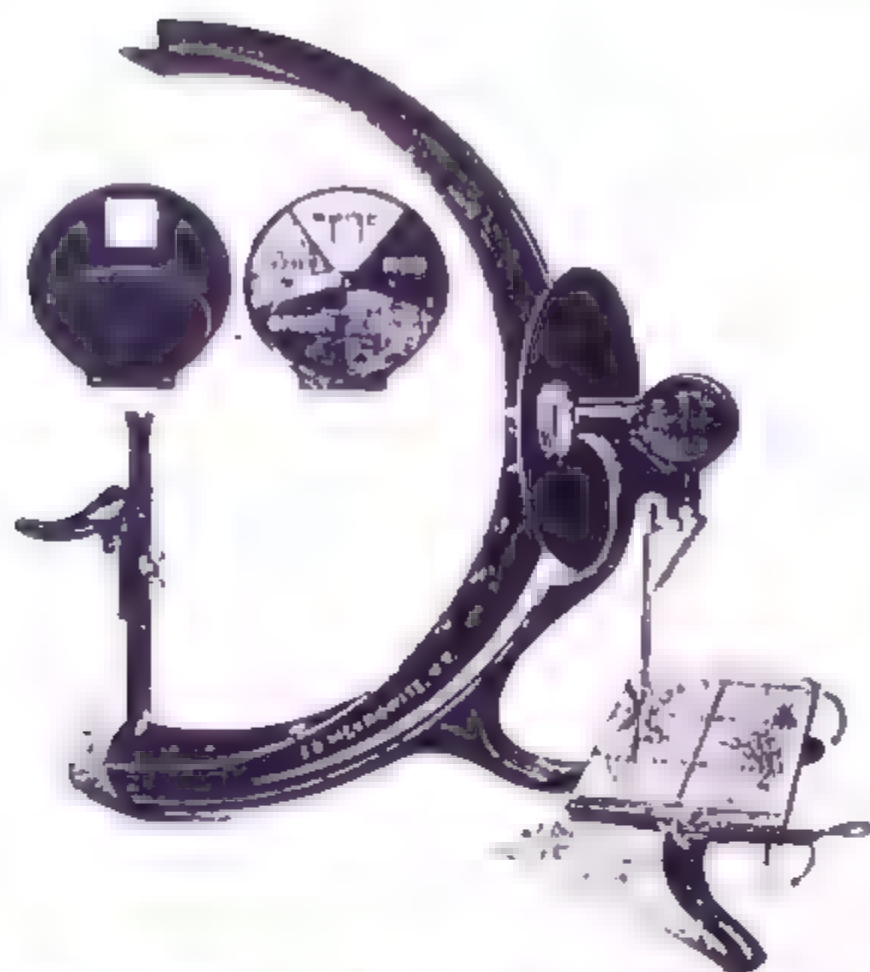
اس کے معائنہ کے بہت سے طریقے ہیں۔ مگر ایک ٹوٹا اور معمولی طریقہ ہے جو ہر جہاز کے اجمالی طریقہ پر میدان بصر کا معائنہ کے امتحان میں کام میں لانا چاہیے۔ ذیل میں درج ہے۔

مریض کے سامنے اپنے ۲ فیٹ کے فاصلہ پر معائنہ کھڑا ہو جائے اور مریض اپنی بائیں آنکھ پر ہاتھ کی پتھیلی رکھ کر بند کرے اب مریض سے کہا جائے کہ وہ معائنہ کی بائیں آنکھ کی طرف سیدھا دیکھتا رہے۔ معائنہ اپنی دائیں آنکھ کو بند کرے اور اپنے ہاتھ کو محیط سے مرکز (اندر) یعنی اس خط بصر کی طرف لاوے جو اس کی بائیں آنکھ اور مریض کی دائیں آنکھ کی بصر کی بصر کا مشترک خط ہے اور اپنے ہاتھوں کو اس سطح پر رکھے جو اس کے اور مریض کے درمیان فی فاصلہ کے نصف مقام کے مقابل محیط پر ہے۔ معائنہ جس وقت اپنے ہاتھ کو دیکھ سکے مریض کو بھی اسی وقت یہ ہاتھ نظر آنا چاہئے میدان بصر کے مختلف اطراف میں اوپر نیچے دائیں بائیں معائنہ کو اپنے ہاتھ کو اسی طریقہ پر حرکت دینا چاہئے۔ مذکورہ طریقہ بہت سادہ عمدہ اور آسان ہے۔ اس طریقہ میں معائنہ کے میدان بصر کو ہم طبعی فرض کرتے ہیں اور معائنہ اپنے میدان بصر سے مریض کے میدان بصر کا موازنہ کرتا ہے۔ اس میں چونکہ ہر وقت مریض کی آنکھ کی طرف معائنہ دیکھتا رہتا ہے۔ اس لئے مریض کی آنکھ کی معمولی حرکات کو بھی درست کر سکتا ہے۔

اس طریقہ سے میدان بصر کا معائنہ کرنے میں موٹی موٹی خرابیاں جو باقی رہ جاتی ہیں وہ بھی نفعی

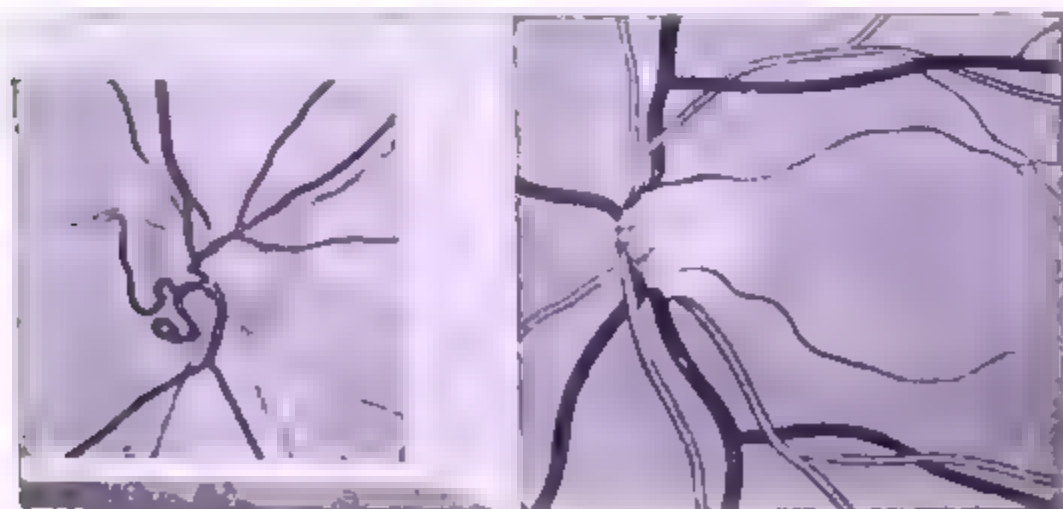
(Homonymia) - یا - عمی نصف صدغی، Bitemporal hemianopia

موزانہ کہ بلاطراف (Acromegaly) یا غده نخامیہ کی رسولی کی صورت میں پایا جاتا ہے



۱۰۳

متیاس منبسط الذخیر — (مراغہ جدول ۲) جس کے ذریعہ مودان بصر کے متعلق خود بخود نشان دہی ہو جاتی ہے •
(۱۵) ۱۰۷



(۱) قرص بصری کا غیر معمولی قطر جو کہ سورجی نور پر بلکہ طبعی ہے •
(۲) ہلال صدفی قرص بصری •

ہر ایک کے تحت : اس لئے کہ ہر بینک دونوں آنکھیں کھلی ہوئی زبان کی طرف دیکھتا ہے۔ اس لئے
 زبان ہاتھوں کو اوپر اٹھا کر ان میں سے ایک کو ایک میدان ابھر کے مدغی حصہ میں اور دوسرے کو دوسرے میدان
 کے مدغی حصہ میں رکھتے اور بعض سے لے کر وہ اس کے ہاتھ کو چھوئے۔ اگر مریض یہ دریافت کر لے کہ اس کے
 ہاتھ کو چھوئے، دیکھ جائے گا کہ اس کو معائنہ کے دونوں ہاتھ دکھائی دیتے ہیں۔ مگر وہ کسی ایک ہاتھ کی طرف
 سے ہاتھ کو بڑھائے تو اس سے دریافت کریں کہ کیا اس کو دوسرا ہاتھ نہیں دکھائی دیتا۔ جب نہ تو ایک ہاتھ
 دکھائی دے تو سمجھنا چاہئے کہ اس کی بھی عملی نقصی Homol. utru homanopia رحمت ہے۔ اگر یہ واضح
 میں کوئی خاص نقص معلوم ہو یا اس کے متعلق کسی قسم کا شبہ ہو تو متقیان محیطہ النظر سے معجم نور پر یہ بیان جہ کا نقشہ
 تیار کیا جائے۔

مقیاس محیطہ النظر — یہ نصف دائرہ ناقوس کی شکل کا ہوتا ہے اس کی پشت پر دائرے کی ڈگریوں کے نشانات
 بنے ہوتے ہیں۔ یہ قوس اپنے محور پر گھومتی ہے۔ محور کا نشان اس قوس کے اندر کی
 طرف اس کے تھیک نصف حصہ کے مقام پر سفید رنگ کا ہوتا ہے۔ مریض کے لئے ٹھوڑی بکنے کے واسطے
 ایک جگہ بنی ہوتی ہے جس پر ٹھوڑی رکھ کر مریض اس سفید نشان کی طرف ٹٹکلی بندھ کر دیکھتا ہے۔ اس کی
 پشت پر ہم مرکز دائروں کا بنا ہوا ایک نقشہ ہوتا ہے۔ یہ ہم مرکز دائرے ان ڈگریوں کو ظاہر کرتے ہیں جو قوس
 کی پشت پر نشانات کے ذریعہ دکھائی گئی ہیں جو اسے خود میدان بصر کا نقشہ تیار کرتے ہیں عام طور پر یہی سہل
 کئے جاتے ہیں۔ ابتدائی نقشہ کے مختلف مقامات پر ایک تیز نوک کے ذریعہ نشانات لگائے جاتے ہیں پھر ان
 کو آپس میں ایک پنل سے ملا دیتے ہیں۔ گویا کہ میدان بصر کا نقشہ تیار ہو گیا۔ اس آئینے کے ذریعہ میدان بصر کا
 نقشہ بنا کر طلباء کو عملی حیثیت سے سمجھانے سے زیادہ سمجھ میں آسکتا ہے (تصویر نمبر ۱۰۴ ملاحظہ ہو)
 اس معائنہ میں ذیل کے امور کو مدنظر رکھنا چاہئے۔

- ۱۔ مریض کو روشنی کی طرف پشت کر کے بٹھایا جائے (۲) ٹھوڑی رکھنے کے لئے جگہ بتادی جائے (۳) مریض
 کا چہرہ بالکل عمودی طور پر رہنا چاہئے۔ آگے پیچھے یا کسی طرف کو جھکا ہوا نہ ہو (۴) ایک آنکھ کو بند رکھیں اور دوسری
 آنکھ جو قوس کے مرکز میں واقع ہے وہ قوس کے محور کے اندر کی طرف سفید نشان کو دیکھتی ہے۔

تشریح: تشریح میں میدان بصر کا معیار ۱۰ ملی میٹر چوڑے کسی سفید نشان سے کیا جائے۔ بہتر یہ ہے کہ قطر ۱۰ ملی میٹر کا ایک دائرہ میں عائد کرنا چاہئے۔ اگر میدان بصر بہت چھوٹا ہو تو اس کے معیار کے لئے ۵ ملی میٹر کا مربع سفید رنگ استعمال کرنا چاہئے۔ اور پھر اس کو از سر نو تمام اطراف میں دہرانا چاہئے۔ ہر طرف جب یہ سفید رنگ کا مربع توں پر محیط حصہ سے مرکز کی طرف لایا جائے تو مرکز تک ضرور لے جایا جائے کیوں کہ اس امر کا امکان ہے کہ میدان بصر کے اندر ایسے مقامات موجود ہوں جو بے بصارت (Absolute scotomata) ہوں۔ ایسے مقامات ہوں تو ان کا بھی اسی طرح نقشہ بنانا چاہئے جس طرح میدان بصر کا نقشہ بنایا جاتا ہے اگر بے بصارت رقبے بہت چھوٹے ہوں تو ان کا نقشہ بنانے کے لئے ۲ ملی میٹر مربع سفید رنگ استعمال کیا جائے جس سفید نشان کو معیار میں استعمال کریں اس کا حجم اور مرکز کی آنکھ سے اس کا فاصلہ ان دونوں چیزوں کو بھی ضرور لکھنا چاہئے تاکہ بصارت کی طرف اس کا بھی ہم کو صحیح علم ہو۔ پیشہ چھوٹی اشیاء سے نسبتی عتد بہ نسبت اشیاء کے جلد معلوم ہو جاتا ہے۔

سفید رنگ کے میدان بصر کا نقشہ بنانے کے بعد یعنی یہی طریقہ دوسرے رنگوں کے استعمال میں اختیار کریں۔ ہر رنگ کے لئے میدان بصر میں بیرونی حدود وہ ہیں جہاں پر محیط سے مرکز میں آتے ہوئے رنگ کو پہلے پہل آنکھ پہنچان سکے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ اس مقام پر پہنچنے سے پہلے ہی یہ شے دکھائی دے مگر اس کا رنگ خاکستری دکھائی دے گا اس حد کا صحیح طور پر تعین کرنا مشکل ہے۔ کیونکہ مختلف رنگ جیسے جیسے آنکھ کے نقطہ بصارت سے باہر کو جاتے ہیں ویسے ویسے ان کی گہرائی اور کثیت میں فرق ہو جاتا ہے۔

معمولی حالت میں نیلے رنگ کا میدان بصر سب سے بڑا مگر سفید سے ذرا کم ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد زرد رنگ کا نمبر ہے اس کے بعد سرخ اور سبز ان کے علاوہ دو رنگ بنفشی سرخ (Purplish red) اور نیلگوں سبز (Bluish green) ہوتے ہیں جن کا میدان بصر کمیاں ہوتا ہے۔ اسی طرح ایک خاص قسم کا زرد رنگ ہوتا ہے یہ دونوں یکساں میدان بصر کی وجہ سے ایک دوسرے سے ملتے ہیں۔ اگر ان رنگوں کو Complementary زوج کہاجائے تو مناسب ہے۔ سرخ اور سبز رنگ کا مخلوط یا نیلا اور زرد کا مخلوط سفید رنگ پیش کرتا ہے۔ ۱۰ ملی میٹر دائرے سفید مربع سے خوب روشنی کی حالت میں میدان بصر کی حدود آسیندہ نقشہ میں دکھائی

گئی ہیں۔ ان کی مخصوص شکل طبقہ تشکیک کے حساس رقبہ کی وجہ سے ہے مگر اس میں تغیر تبدیل ممکن ہے بشریکہ معمولی طور پر بہت بصر کا نقشہ تیار کیا گیا ہو۔ کیوں کہ اس کے راستے میں اوپر کی طرف جویں (بزد) اور اندر کی طرف ناک آجاتی ہے جس کی وجہ سے نقشہ ان اطراف میں محدود ہو جاتا ہے۔ (تصویر ۱۰-د)

اگر ہم میدان بصر کا نقشہ تیار کرتے وقت دائیں آنکھ کے معائنہ پر بائیں طرف کو اور بائیں آنکھ کے معائنہ پر دائیں طرف کو تھوڑا سا سر کو کھالیں تو یہ شکایت رفع ہو جاتی ہے۔ نقشہ سے معلوم ہوگا کہ میدان بصر سفید رنگ کے لئے ۴۵ ڈگری تک جاتا ہے۔ باہر کی طرف ۹۰ ڈگری سے زیادہ نیچے کی طرف ۷۰ ڈگری اور اندر کی طرف ۶۰ ڈگری تک پہنچتا ہے۔ میدان بصر کا نقشہ روشنی کی کمی مٹی سے چھوٹا بڑا ہو سکتا ہے۔ اسی طرح جس شے سے معائنہ کیا جائے اس کے چھوٹا بڑا ہونے سے اس میں اختلاف پیدا ہو سکتا ہے۔ علیٰ ہذا القیاس خمین پر معائنہ والی شے آگے پیچھے کو حرکت دی گئی ہو اس پر بھی میدان بصر کے نقشہ کے چھوٹا بڑا ہونے کا انعکاس ہے۔ آنکھ کے (Adaptation) کی حالت پر بھی اس کا دار و مدار ہوتا ہے۔

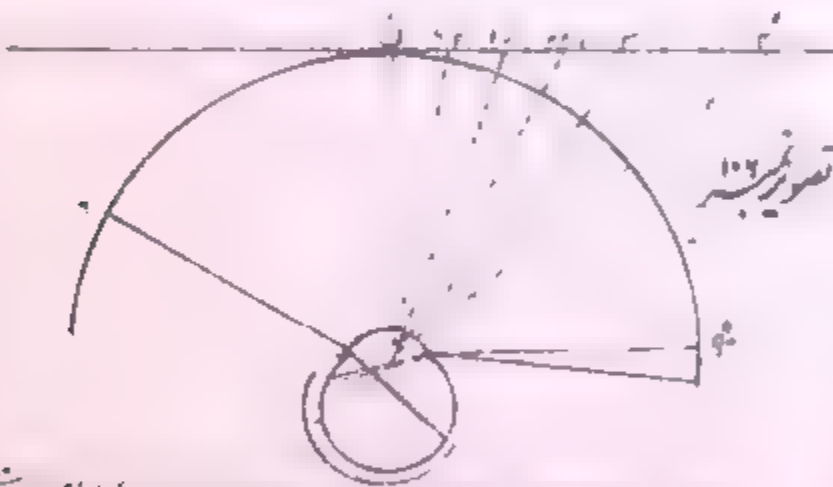
زرد اور نیلے رنگ کے لئے میدان بصر ہر طرف ۱۰ ڈگری کم ہوتا ہے۔ سرخ اور بنے کے لئے ۱۰ ڈگری اور جی کم ہوتا ہے۔ میدان بصر کی حدود کا انحصار صرف روشنی کی کمی مٹی پر نہیں ہے بلکہ خود رنگ کی شوش اور ٹیپن کو بھی دخل ہے۔ سب سے زیادہ میدان بصر کی حدود کا دار و مدار اس شے کے حجم پر ہوتا ہے جو معائنہ کے لئے استعمال کی گئی ہے اگر یہ شے کافی بڑی ہو تو اس کے رنگ کو محیط کے نزدیک بھی پہنچا جاسکتا ہے۔

مقیاس کے ذریعہ میدان بصر کا امتحان ایک موٹا سا طریقہ ہے جو بعض کے حساسات پر مبنی ہے۔ ہذا بعضی المزاج اور غیبی مریضوں میں اس کو مشکوک سمجھنا دورانہ نشی ہوگی۔ میدان بصر میں سب سے زیادہ اختلاف پیدا کرنے والی چیز روشنی ہے۔ اسی روشنی میں اگر کوئی شے آنکھ کے نقطہ تقاطع سے ۵۰ ڈگری کا زاویہ بنائے تو اس سے سفید رنگ کا پورا میدان بصر حاصل ہوگا۔

معمولی ۱۰ ملی میٹر مربع جو میدان بصر کے مقیاس میں خاص فاصلہ سے استعمال کیا جاتا ہے (۱۰ سنٹی میٹر) اس سے آنکھ کے نقطہ تقاطع پر ۲ درجہ کا زاویہ بنتا ہے۔ مختلف رنگوں کے میدان بصر کے نقشہ جات سے مختلف نتائج کا انحصار غیر یقینی ہوتا ہے۔

مرکزی عصب میں سرخ اور سبز رنگ کے لئے خاص احتیاط کرنا چاہئے کیوں کہ بعض صورتوں میں مرکز پر ان رنگوں کے مریض نہیں پہچان سکتا۔ جیسا کہ تباہ کو نوشی کی وجہ سے جب ضعف بصارت پیدا ہو جائے یا قلعہ مقلی انتہائی عصب باصرہ موجود ہو تو ان دونوں حالتوں میں مرکزی نشیبتی تھے Central relative scotomata

پیدا ہو جاتے ہیں۔ انکے کے نقطہ قیام (Fixation point) پر ۵ ملی میٹر کا ایک مربع رکھ کر اس کا رنگ بدل دیں۔ اس مقام پر زرد اور نیلا دونوں رنگ صاف معلوم ہوں گے مگر سرخ اور سبز نہ معلوم ہوں گے۔ (۳) اگر معائنہ میں زیادہ تعفیف درکار ہو تو ذیل کا طریقہ اختیار کریں۔ مگر یاد رہے کہ یہ طریقہ صرف مرکز یا مرکز کے نزدیک کے حصص کے لئے زیادہ موزوں ہے۔ ایک بڑی سیاہ زمین جو ۲ میٹر چوڑی ہو (بجزم کا سترہ اس کے سامنے ۲ میٹر کے فاصلہ پر مریض کو بٹھا دیں اور مریض سے کہیں کہ سترہ کے مرکز میں ایک مقام پر ٹھکی ابدہ کر دیجیے۔ اب اس سترہ پر محیط سے مرکز کی طرف ایک سے ۱۰ ملی میٹر قطر کی باغی دانت کی قرص کو لادیں



قرص کے ساتھ سیاہ دستہ لگا ہو تاکہ وہ دکھائی نہ دے۔ اس خاص ۳ ملی میٹر مربع حجم والی چیز کا زاویہ بصری ۵ منٹ کا ہوتا ہے۔ ایسا کرنے سے ہم کو وہ باتیں معلوم ہو جاتی ہیں جو مقیاس محیط نظر سے نہیں معلوم ہوں گے حالانکہ وہ تعفیف کے لئے اہمیت رکھتی ہیں۔

و اس آئینہ کا صحنہ صحنہ صحنہ اور اب اس میں سے لے کر دانت کی قرص لگا دیا جائے۔
اور دانت کی قرص کو لادیں اور دانت کی قرص کو لادیں۔
ن۔ نقطہ قیام — ۵ نقطہ قیام۔

اس طرز انمایت خفیف مقام کا معائنہ کیا جاسکتا ہے۔ ان کا ٹیڑھا میٹر تھا جو نہ بھی ممکن ہے۔ اس طریقہ سے ہمیں یہ نکتے معلوم ہو سکتے ہیں جو مقیاس میدان بصر سے نہیں معلوم ہوتے۔ لہذا یہ تعفیف کے لئے نہایت اہم ہیں۔
منہرہ بت کو معلوم کرنے کے خدائے بجزم کے سترہ کے اصول پر تیار کئے گئے ہیں۔

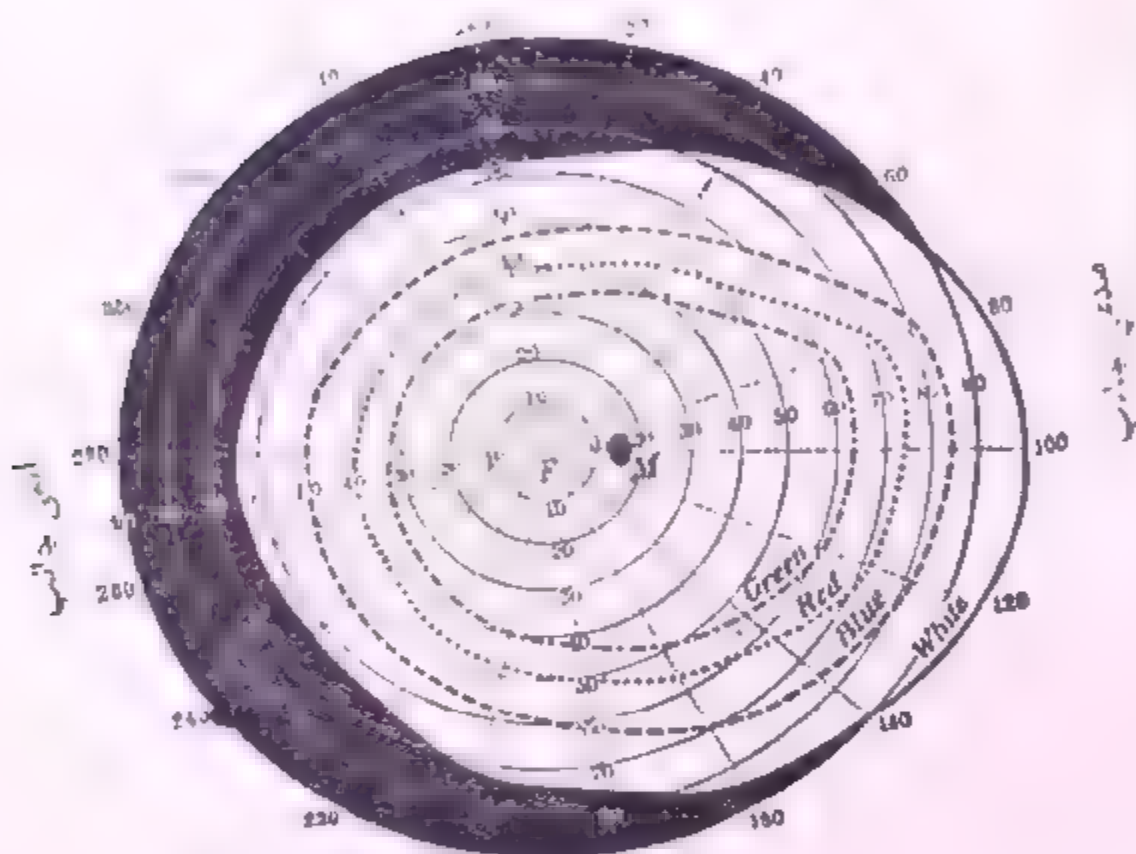
مردان اور عورتوں کا ہر قسم کا ہمدان بصر سفید و لہائی و
سبح اور صبر شہداء کے لئے جس کا حجم ۲۰ مربع ملی میٹر ہو — (ساحر
باس کے مطابق) طبعی انداز میں سفید اشہاء کے لئے خواہ ان کا حجم ۲ یا ۳
مربع ملی میٹر بھی کہیں نہ ہو ہمدان بصر تقریباً اتنا ہی ہوتا ہے
مگر اس قدر رنگ کی اشہاء کے لئے جو سے جو سے اس شے کا حجم چھوٹا
ہوتا جائے ویسے ویسے ہمدان بصر بھی چھوٹا ہوتا جاتا ہے — اس کے علاوہ
رنگ کی گہرائی و شہدائیں رنگ کو درجہ کرنے والی شعاعوں و نوری مختلف
رنگوں کے ساتھ ایک کی طاقت موانعت اور دوسرے حالات پر بھی ہمدان
بصر کا اعتبار ہوتا ہے — قطع نظر اس کے مختلف مریضوں کے اعتبار
سے ہی اس میں تفاوت ہوتا ہے — لہذا ہم کوئی اشارہ اس کے واسطے نہیں
دائم کر سکتے — اس تصویر میں جو حدود مقرر کی گئی ہیں ان کو زیادہ
سے زیادہ خیال کرنا چاہئے اکثر حالتوں میں ان سے ۱۵ — ۲۰ فی صدی
کی کمی بھی ہو سکتی ہے — بالخصوص سرخ رنگ کے واسطے جس کی وجہ
یہ ہے کہ محدود کی طرف سرخ کی جگہ نارنجی یا رد رنگ آئے لیتا ہے —
محدود کی طرف سرخ و نارنجی یا رد کے اندر کمزور نہ کر سکتے والا حصہ
چوڑائی میں تقریباً ۱۰ ڈگری ہوتا ہے — لہذا مریض کا انداز، سرخ روشنی کی
حدود کے واسطے مختلف ہوتا — اکثر یہہ دیکھا جاتا ہے کہ یہہ اشہاء کا
ہمدان بصر سرخ کے برابر ہوتا ہے یا اس سے بڑھ جاتا ہے بالخصوص اس صورت
میں جب کہ طہن شمسی والے رنگ استعمال کئے جائیں مذکورہ وجوہ
سے دیکھن اشہاء کے لئے ہمدان بصر اُس وقت تک موصول ہوگا جب تک کہ ان
حالات کو بھی پوری طرح قلمبند نہ کر دیا جائے جن کے مائنسٹ یہہ
استدیان کہا گیا ہے — عام طور پر ہم یہہ کہہ سکتے ہیں کہ مختلف
رنگوں کا ہمدان بصر سرخ رنگ کے ہم مرکز دائروں کی صورت میں ہوتا ہے
اور اگر اس سے مختلف حالت ہو تو وہ عہد طبعی ہوگی — اگر اشہاء کا ہی
بصری اور روشنی بہت بڑھ ہو تو مختلف رنگوں کے لئے ہمدان بصر سوائے
یہہ رنگ کے تقریباً سفید اشہاء کے برابر ہوتا ہے •

نقطه ۱۰۰

۲۰۷

۱۰۵۸

دایره قرمز



اگر دونوں آنکھوں کے میدان بصر کے انقشوں کو ایک دوسرے کے اوپر رکھ کر دیکھ جائے تو دونوں میدان بصر کے میدان بصر میں ایک خاص رقبہ ایسا ملے گا جو دونوں کے لئے مشترک ہو گا۔ اس کو ہم دونوں آنکھوں کے میدان بصر Field of binocular vision کہتے ہیں۔

احساس نور بصر کے معائنہ دے حروف کے ذریعہ جمالی طور پر احساس نور کو ہم معلوم کر سکتے ہیں بصر کے حروف کیا ہیں؟ دراصل یہ سنسٹین کے حروف ہیں جو خاکستری زمین پر چھاپے گئے ہیں اس خاکستری زمین کا رنگ مختلف ہوتا ہے۔ یہ بھی ہو سکتا ہے کہ سنسٹین کے معمولی حروف کے ذریعہ روشنی کو کم کر کے معائنہ کیا جائے اور کسی نتیجہ پر پہنچنے کے لئے اپنے احساس سے موازنہ کریں۔ صحیح طریقہ پر احساس نور کو معلوم کرتے کے واسطے اب تک ہمارے پاس کوئی ذریعہ نہیں ہے جتنے رت اس کے معلوم کرنے کے لئے استعمال کیے جاتے ہیں۔ ان سے بھی صحیح صحیح اس کا علم نہیں ہوتا۔

طاقت توفیق کے نقائص

بصر شجیخت کے متعلق ہم مفصل بحث کر چکے ہیں۔ یہ ایک عضوی فعل ہے اس لئے طاقت توفیق کے نقائص کے ماتحت نہیں بیان کیا جاسکتا۔ مگر اس کے علاج کا ذکر اس مقام پر مناسب معلوم ہوتا ہے کیوں کہ اس کا طبی انتظامی طاقت کے نقائص کو رفع کرنے میں کافی تعلق ہے۔

ہم پہلے بتا چکے ہیں کہ جن مرضیوں میں طول بصر موجود نہ ہو ان کے واسطے ہم بصری طاقت دے دے زیادہ طاقت کا عدر ہم کو کبھی درکار نہیں ہوتا۔ اور یہ اصول بھی بتا چکے ہیں کہ پالیس سال کے بعد ہر پانچ سال کے لئے ایک بصری طاقت کا عدر دینا پڑتا ہے۔ اس سے کم طاقت کا چشمہ دینے میں کوئی ہرج نہیں مگر زیادہ طاقت کا ہرگز مناسب نہیں ہوتا بعض ایسے مرضی جن کو طول بصر پہلے سے ہو اور اب بصر شجیخت بھی ہو جائے ان کو ایسے عدر کے استعمال سے جس سے یہ خرابی بالکل رفع ہو جائے کسی قدر تکلیف ہوتی ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ ان میں بالکل طاقت توفیق نہ ہونے کے باعث ان کی استقامتی قوت کو کوئی تحریک نہیں پہنچتی چوں کہ نزدیک سے کام کرنے میں اس طاقت کی ضرورت پڑتی ہے لہذا تصحیح والے عدر سے کام لے کر اگر متاثرہ شخص بھی ملا دیا جائے تو یہ شکاریت

رفٹ ہو جاتی ہے۔ بہت سے پیشہ نشا موچی، بڑھئی وغیرہ کے کام ایسے ہیں جو پڑھنے کے اعتبار سے زیادہ فائدہ سے انجام لئے جاتے ہیں لہذا ایسے پیشہ دانوں کو ان کے پیشے کا لیا جکتے تھے کسی قدر کم طاقت کا عدسہ دیا جاتا ہے۔

بعض مدنی قصر بصر کے ایسے ہوتے ہیں جن کو نزدیک کے کاموں میں عینک کی بالکل ضرورت نہیں ہوتی ان مرعینوں کو اگر بصر شیخوخت لاحق ہو تو ان کے واسطے چشمہ کا نمبر دریافت کرنے کے لئے ان کی عمر اور قصر بصر کی مقدار کا علم ضروری ہے۔ فرض کیجئے کہ ایک شخص کو ۲ بصریہ کا قصر بصر لاحق ہے اور ۴۵ سال کی عمر میں اس کو نزدیک سے کام کرنے کے لئے صرف ۲ بصریہ عینک کی ضرورت ہو تو ۵۰ سال کی عمر میں صرف ۱ بصریہ کی ضرورت ہوگی اور ۵۵ سال کی عمر میں بغیر کسی عینک کے وہ نزدیک کا کام کر سکے گا۔

طاقتِ توفیق کا استرخاء

(Paralysis of accommodation) یا (Cycloplegia)

طاقتِ توفیق کا استرخاء بعض بیماریوں میں یا بعض دواؤں مثلاً ایٹروپین، اسکوپولامین وغیرہ کے آنکھ میں ڈالنے سے پیدا ہوتا ہے۔ اگر ایک آنکھ کی طاقتِ توفیق زائل ہو تو غالب خیال یہی ہوگا کہ کسی دوا کے ماتحت ایسا ہوا ہے یا عصبِ ثالث کے استرخاء کی وجہ سے یہ حالت رونما ہوئی ہے۔ دونوں آنکھوں کی طاقتِ توفیق کا استرخاء عموماً حلق و بائی کے بعد نتیجہ کے طور پر پیدا ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ بعض کمزور کرنے والی بیماریاں مثلاً نزہ وائیر (نفوا نزا) آتشک، ذیابیطس، عصبی آتشک اور دماغی امراض کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔ ندق المار کے پہلے علاماتِ مندرجہ کے طور پر بھی پایا جاتا ہے۔

استرخاءِ تام کی صورت میں حدِ قدیمین کے مدور ریشے بھی مسترخئی ہو جاتے ہیں اس لئے حدِ قدیمت پھیل جاتا ہے۔ جزئی استرخاء میں اس کا امکان ہے کہ حدِ قدیمین معمولی طور پر متاثر ہو۔ یا بالکل ہی نہ متاثر ہو جیسا کہ خناق و بائی کے بعد دوائے استرخاء میں ہوا کرتا ہے۔ مگر اس میں آرگال، ایڈجسٹمنٹ حدِ قدیم کے تعادل کے خلاف حالت یعنی توفیقی رد عمل غائب لیکن نوری انکسار موجود ہوتا ہے۔ اگر مرعین کو قصر بصر لاحق ہو تو اس نقص کا تہہ بھی نہیں ملتا۔

اگر اس کی بصیرت طبعی ہو تو صرف نزدیک کا کام کرتے وقت اور اگر طوائف بصیر کی شکایت ہو تو دور اور نزدیک دونوں کی بصارت پر اثر پڑتا ہے۔ درمیان شریذہ تر نزدیک کی مبنائی پر ہوتا ہے۔ جزئی استرخا کی تشخیص صرف اس صورت میں ممکن ہے جب کہ طاقت توفیق کی دست کا صحیح اندازہ لگایا جائے۔

خناق و مائی نیں حلا مرض کی ابتدا کے کئی ہفتہ کے بعد طاقت توفیق کا استرخا رونما ہوتا ہے۔ اسی کے ساتھ عضلات خنک (Palate) کا استرخا پایا جاتا ہے اور کبھی انوکاس (Kneo jetka) غائب ہوتا ہے ممکن ہے کہ لگے کی خراش سہول ہو اور خناتی حالت کا صحیح اندازہ نہ ہو سکے۔ مرضی کیفیت دماغی نویہ کے اندر سخی یا زنی و حجبہ پیدا ہوتی ہے۔ ۱۰ سال کی عمر میں اگر طاقت توفیق مسترخ ہو جائے تو ذہنی کا شک کرنا چاہئے۔ کثرت سے نوشی سے بھی ذہن طو پر یہ حالت پائی گئی ہے۔

خناتی مرضیوں میں اندام مرض اپنی جگہ پر لگنے سے جو استرخا پیدا ہوتا ہے، مستقل و غیرہ کہتا ہے۔ سبب کو رفع کیا جائے جن مرضیوں میں خناق کے بعد یہ حالت پائی جائے ان کو مقویات۔ خصوصاً جوہر علاج کچھ استعمال کرایا جائے۔ بجا خیال ہے کہ ضد سین مصل کی چند قشحات بھی زیادہ مناسب ہیں۔ آنکھ کو آرام بخوپا جائے چشمہ دینے کے لئے جلد ہی نہ کی جائے بعض اوقات قابض عددہ دواں بھی استعمال کرانی جاتی ہیں لیکن میرا خیال ہے کہ ان سے بجائے فائدہ کے نقصان پہونچتا ہے مسلسل کمرائی روکا باقاعدہ استعمال بھی مفید ثابت ہوتا ہے۔

طاقت توفیق کا تشنج

Spasm of accommodation

دو سرے الفاظ میں عضلہ بدلی کا تشنجی انقباض کہلاتا ہے۔ یہ ہم بچکے ہیں کہ عضلہ بدلی میں طبعی تناؤ بھی ہوتا ہے جس کو ہم ایڈوین کے اثر سے زائل کر سکتے ہیں۔ اس کی طاقت تقریباً بصیر ہوتی ہے بعض حالتوں میں دیکھا گیا کہ ایڈوین کا اثر زیادہ ہوتا ہے جس کی وجہ محض یہ معلوم ہوتی ہے کہ ایڈوین کے استعمال کے قبل عضلہ بدلی تشنجی حالت میں ہوتا ہے۔ یہ حالت صرف بچوں میں پائی جاتی ہے۔ یہ تعجب خیرات ہے کہ قصر بصر والوں میں زیادہ اور طویل والوں میں طاقت توفیق کا تشنج کم ہوتا ہے یعنی مصنوعی طور پر اس سے نسبتی قصر بصر پیدا ہو جاتا ہے۔ قابض عددہ کو

نہیں، اس لیے ہم محض ہر نبی کا شعبی انقباض پیدا کر سکتے ہیں۔

رن آنکھ میں یکایک طاقت توفیق کا شیخ ظاہر ہو تو تقریباً اسی مہموتوں میں انعطافی نقائص ضرور موجود ہیں۔ یعنی بدیہی جو کہ غیر مناسب حوین نزدیک کام زیادہ کیا جاتا ہے جب تک ایڑ وین آنکھ میں نہ ڈالی جائے کہ توفیق نہ ملے۔ لیکن نہیں ہوتی جب معائنہ سے بھی اس کی تصدیق ہو جائے تو اس وقت اس کا عین کرنا چاہئے۔ کسی مبتلا آنکھ میں ایڑ وین ڈالی جائے۔ نزدیک کے کام کا ج بالکل بند کر دے جائیں۔ یہ بھی خیال رکھیں کہ اگر انعطافی نقص وجود ہو تو اس کو دور کریں۔

”آنکھ کی انعطافی طاقت کے نقص“

(Errors of refraction)

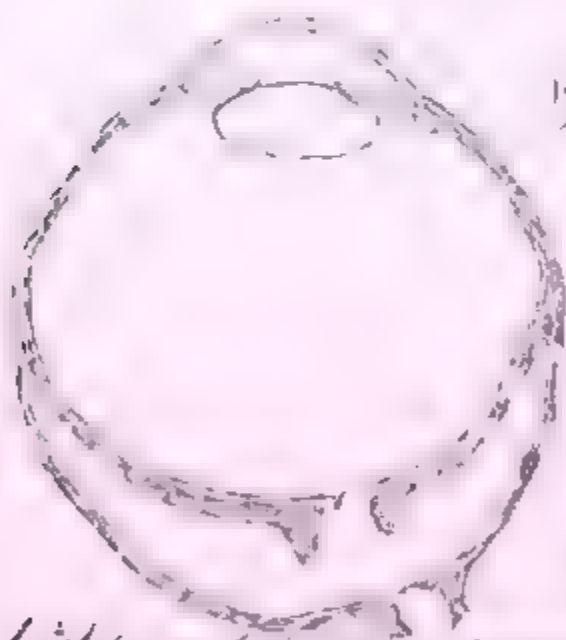
قصر بصر۔ آنکھ کی وہ مناظری حالت ہے۔ جس میں طاقت توفیق کے سکون کی حالت میں آنکھ کے اندر داخل ہونے والی متوازی شعاعیں شبکیہ کے حساس طبقہ پر پونچنے سے پہلے ہی ایک مرکز پر جمع ہوتی ہیں۔ نظری حیثیت سے ذیل کے حالات میں قصر بصر پایا جاتا ہے۔

- (۱) انعطافی سطوح کا انحناء غیر طبعی ہو۔ اس کو ہم انحناء فی قصر بصر (Curvature myopia) کہتے ہیں۔
- (۲) آنکھ کی لمبائی غیر طبعی ہو یعنی مقدم قطب سے لے کر موخر قطب تک اس کا محور غیر طبعی طور پر لمبا ہو۔ اس کو ہم انحناء فی قصر بصر (Axial myopia) کہتے ہیں (۳) قرنیہ کا انحناء طبعی حالت سے زیادہ ہو (۴) عدسہ کی ایک یا دونوں سطحیں طبعی حالت سے زیادہ منحنی ہوں (۵) آنکھ کے مختلف انعطافی وسطوں کا تناسب انعطافی غیر طبعی ہو اس کو انحناء فی قصر بصر (Index myopia) کہتے ہیں۔ تناسب انعطافی کی وجہ سے پیدا ہونے والے قصر بصر میں ذیل کی قسمیں داخل ہیں۔

- (۱) قرنیہ یا عدسہ کا تناسب انعطافی غیر طبعی ہو (۲) عدسہ کا انعطاف کلی زائد ہو (یعنی) اس کے نویہ کی نسبت انعطافی بہت زیادہ ہو جائے۔ یا اس کے قشری حصہ کی نسبت انعطافی کم ہو جائے یا اس کے دونوں حصوں میں انعطافی خرابیاں پیدا ہو جائیں (۳) زجاجیہ کی نسبت انعطافی کم ہو جائے (۴) عدسہ غیر طبعی مقام پر ہو (مقدم خلع

مدی ہو) (۵) مذکورہ تمام حالتوں میں سے کئی ایک ساتھ جمع ہو جائیں۔

یہ بات تسلیم کی جا چکی ہے کہ شدید قصر بصر میں طبعی حالت کے مقابلہ میں آنکھ زیادہ لمبوتری ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ قصر بصر کی خفیف حالتوں میں اس کے بقیہ اسباب زیادہ پیش پیش ہوں مگر موزان کی اہمیت کا حقد مسلم نہیں ہو سکتا۔ نظریہ کی حمایت میں کہا جاسکتا ہے کہ تجربہ اس امر کا شاہد ہے کہ قرنیہ کے انحراف کے نصف قطر میں سے ۲۰ ملی میٹر تک اختلاف پایا جاتا ہے۔ انحنائی قصر بصر عموماً سادہ بصر کی حالت میں ملتا ہے۔ مگر سادہ بصر کی حالت بسیدہ قصر بصر میں نہیں پائی جاتی اور اگر پائی جائے تو قرنیہ کے نقائص (مخروطی قرنیہ) بھی اس کے ساتھ پاسے جاتے ہیں۔ انعطافی قصر بصر عام مریضوں میں نہیں پایا جاتا۔ مگر موتیابند کے مریضوں کا قصر بصر اس کی بہترین مثال ہے۔ کیوں کہ ان میں قعر بصر کی حالت نویہ مدی کے تناسب انعطافی کے بڑھ جانے کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ دیہیوں کے بعض مریضوں میں موتیابند ہونے کی وجہ بھی یہی ہوتی ہے خواہ ان مریضوں کے مدد میں موتیابند ہو یا نہ ہو۔



تصویر نمبر ۱۰

لابنی آنکھ میں جو عکس ماؤٹ ہوتی ہے یا جس مقام کے ماؤٹ ہونے سے آنکھ زیادہ لمبوتری ہو جانی ہو وہ اس نقطہ کو خور اس کے گرد پیش کے مقامات پر آنکھ کے سامنے کا حقد ممکن ہے کہ بالکل طبعی حالت میں ہو۔ عام طور پر آنکھوں میں خفیف یعنی (۲۵ سے ۲۰) میٹر

تک (Simple myopia)

ملتا ہے۔ شاذ و نادر ایسا بھی ہوتا ہے کہ بچپن یا جوانی کے آغاز میں یہ خرابی پائی

میں جراثیم والی اور قعر بصر والی آنکھ بنی تلی۔ مگر خیال ہے کہ ایک شخص کی دونوں آنکھوں کے قطع کرنا اس پر رکھ کر دکھا گیا ہے۔ اس میں دونوں آنکھوں کا استرونی مقام معتد کیا ہے۔ اور خرابی قصر بصر والی آنکھ کے پچھے حصہ میں واقع ہے۔

ہو جاتی ہے اور مسلسل ۲۰ سال کی عمر تک بڑھتی رہتی ہے یہاں تک کہ ۱۵ سے ۲۵ بصر یہ تک قصر بصر لاحق ہو جاتا ہے۔ یہ بڑھنے والا قصر بصر Progressive myopia کہلاتا ہے قصر بصر کی ان دونوں حالتوں کے متعلق مرنئی یا تشریحی بحث

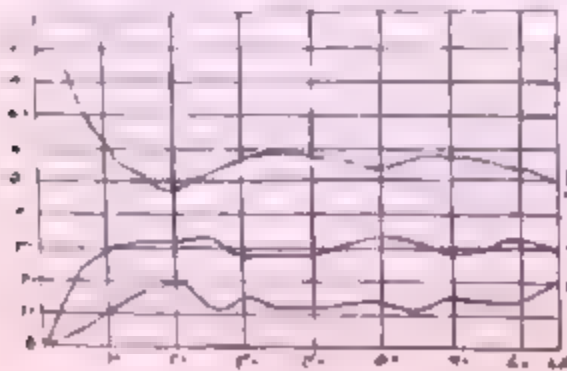
سے ہم کچھ نہیں کر سکتے۔

خفیف قصر بصر میں اس امر کا امکان ہے کہ صرف دور کی بصارت میں معمولی خرابی لاحق ہو۔ اور شدید عیالوں میں یہ ہو سکتا ہے کہ لکھنے پڑھنے (نزدیک کا کام کرنے کے) بعد آنکھ میں تکلیف دہ پینی پیدا ہو۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ ان مریضوں کی طاقت توفیق اور طاقت استدقاق میں بڑا فرق ہوتا ہے۔ یہ آنکھیں روشنی کے لئے غیر طبعی طور پر حساس ہوتی ہیں۔ اور ایسے مریضوں کو اپنی آنکھوں کے سامنے سیاہ سیاہ دھبے اڑتے ہوئے نظر آتے ہیں جنہیں اوقات آنکھ کے سامنے بجلی بھی شعلہ کی صورت میں کوندتی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔ یہ حالت ان آنکھوں میں بھی پائی جاتی ہے جن میں طبقہ شبکیہ اپنے مقام سے نہ اکھڑ ہو اور نہ اکھڑنے والا ہو۔ شدید قصر بصر والے مریضوں کی آنکھیں ابھری ہوتی ہیں۔ مدد عین نسبتاً پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ خزانہ مقدم طبعی طاقت زیادہ گہرا ہو جاتا ہے۔ شاید اس کی بھی یہی وجہ ہو کہ حد بھیل ہوا ہوتا ہے۔ بظاہر خفیف حوالہ استدقاق بھی معلوم ہوتا ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ کسی مریض میں حوالہ متع بھی موجود ہو جو ایک یا دونوں آنکھوں میں دکھایا جائے۔ ممکن ہے کہ بنیائی غائب ہو جائے اور چشمہ لگانے کے باوجود بھی درست ہونے کا امکان نہ ہو۔ مرکزی یا محیطی عتسے بھی ان میں پائے جاتے ہیں۔

خفیف قصر بصر کی حالت میں منظر بعین سے معائنہ کرنے پر قصر عینی کا طبعی حالت میں پایا جانا ممکن ہے مناظری تقائیں خاص کر بلا واسطہ معائنہ سے معلوم ہوں گے۔ اوسط درجہ کے مریضوں میں ہلال قصر بصری قرص بصری کے گرد صاف کنارے پر خصوصیت کے ساتھ اور انفری کنارے پر شاذ و ناوہ پایا جاتا ہے (تصویر نمبر ۱۱۸) شدید قصر بصر کی حالت میں اوپر اور نیچے کے کنارے تک پہنچ کر ممکن ہے کہ قرص بصری کے گرد حلقہ کی صورت اختیار کرے۔ شاذ و ناوہ شدید قصر بصر میں ہلال بالکل غائب بھی دکھایا گیا ہے۔ شدید قصر بصر والے مریضوں میں جو آنکھ قطب موخر پر باہر کی طرف نکل آتی ہے اس کو اصطلاح میں موخر غیبہ العبد (Posterior staphyloma) کہتے ہیں۔ مرضی حالت میں بھی اس کی تشخیص مناظری کیفیت اور مرضی نتائج سے کی جاتی ہے اس کو ہلال قصر بصر کا مترادف نہ سمجھنا چاہئے مناظری حیثیت سے اس کی وجہ سے شدید انعطافی نقص پیدا ہو جاتا ہے جب ہم قرص بصری کے انفری طرف ہم مرکز سایہ کی صورت میں اس کو اور اس کی وجہ سے شبکی عروق کے رستہ میں جو تبدیلیاں ہوتی ہیں ان کو معلوم کرتے ہیں تو باوجود معائنہ سے بھی اس کے کنارے معلوم ہو سکتے ہیں۔ اس غیبہ کی وجہ سے شبکیہ اور شبکیہ میں مرضی حیثیت کے فساد

تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں جن کی ہم اصطلاحاً قصر بصری انتہا بشیمیہ کے نام سے موسوم کرتے ہیں حقیقتاً یہ نام مناسب نہیں ہے اس کو ترک کر دینا چاہئے کیونکہ یہ حالت انتہا ہی نہیں ہوتی۔ فی لفظ اس کا نام قصر بصری منہ شیمیہ و شبکیہ زیادہ بہتر ہوگا۔ یہ تبدیلیاں آنکھ کے قلوب مونہ اور اس کے چار طرف رونما ہوتی ہیں اس میں چھوٹے چھوٹے زردی نال سفید نیلکین دھبے پائے جاتے ہیں اور یہاں اوقات شاذ و رغید خطوط جو عموماً افقی ہوتے ہیں بقعر صفراوی پر اور اس کے گرد نظر آتے ہیں یہ دھبے آپس میں مل کر قرص بصری تک پہنچ سکتے ہیں قرص بصری کے نزدیک شیمی منور پایا جاتا ہے یہ منور بڑھتا ہوا اہلاں قصر بصری تک پہنچ جاتا ہے اور اس کے گرد حلقہ کی صورت اختیار کرتا ہے۔ محیط میں بھی اس کے چھوٹے چھوٹے مرکزے ہیں۔ شدید قصر بصر کی حالت میں بقعر صفراوی پر زنف الدم بھی دکھایا گیا ہے مگر یہ بہت شاذ و نادر ہوا کرتا ہے۔ ہمارے خیال میں خفیف زنف الدم کے رتبے حقیقتاً شیمی عروق شعریہ کے گچھے ہیں جو سبکی تلوین کے کم ہو جانے کی وجہ سے زیادہ واضح نظر آنے لگتے ہیں۔ قصر بصر کی شدید حالتوں میں شبکیہ کے لون بشرے کا رنگ بہت زیادہ میاں ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے قرص عینی دھبے دار دکھائی دیتا ہے اور شیمی عروق واضح نظر آتے ہیں۔ ان تمام باتوں کے باوجود بھی بصارت کا اچھا ہونا ممکن ہے۔ آنکھ کے سامنے اڑتے ہوئے سیاہ دھبے دکھائی دیتے ہیں اور منظر، لیمن سے مائل کرنے پر زجاجیہ کے اندر غیر شفاف غبار نیرنگے پائے جاتے ہیں طبی (Musscae volitantes) قصر بصر میں زیادہ نمایاں ہوتے ہیں شاذ و نادر

خطرناک تبدیلی قرص عینی میں بھی ہو سکتی ہے یعنی یہ ممکن ہے کہ غیر مرکزی پرگول سیاہ دانع پایا جائے اور یہ بھی ممکن ہے کہ یہ بکایا نظام ہوں جن کی وجہ سے مرکزی بصارت کی تیزی بہت کم ہو جائے۔ گرا گیا ہو تو اس کا سبب شیمیہ کے اندر زنف الدم یا اندر



آنکھ کے بصری قابض کی تعداد مختلف عود میں

کے بعد سے ۵ فیصدی تک ہوتی ہے ۲۰ فیصدی میں بصارت طبعی ہوتی ہے اور ۵ فیصدی میں بصر پایا جاتا ہے شدید قصر بصر زیادہ

ہے۔ شدید قصر بصر کی حالت میں بکایا شبکیہ کا اپنا مقام سے اکٹرا جانا بھی ممکن ہے۔

اسباب ذہنیہ پتوں میں قصر بصر شاذ ہی پایا جاتا ہے ۲۰ سال کی عمر تک ایسے مریضوں کی تعداد بہت ہوتی ہے اور سال

عورتوں میں جوتا ہے۔ دہقانی اور تپ سے لکٹے نزدیک کا کام کرنے والوں میں یکساں پایا جاتا ہے۔
 بعض بہرین کا قول ہے کہ نزدیک کا کام کرنے سے قصر بصر میں ترقی ہوتی ہے اس میں کوئی شک نہیں
 کہ نزدیک کا کام کرنا اس مرض پر برا اثر ضرور ڈالتا ہے۔ ماہر ڈانڈرس (Donders) کے خیال میں اس کے
 اسباب میں سے مندرجہ ذیل امور ہیں۔

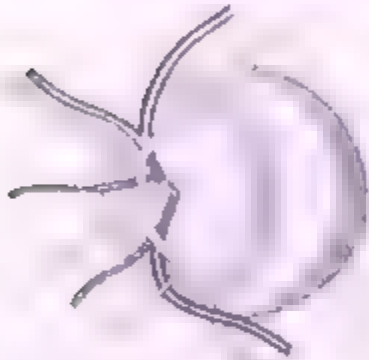
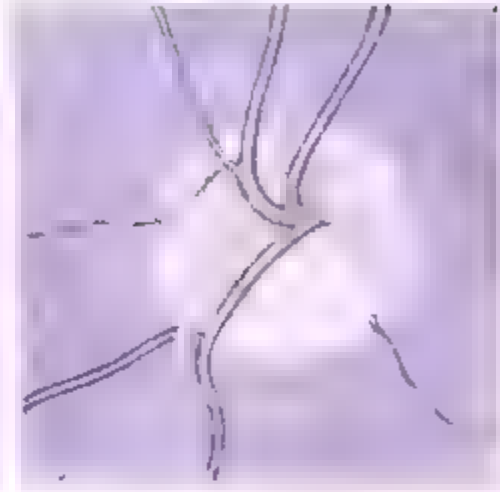
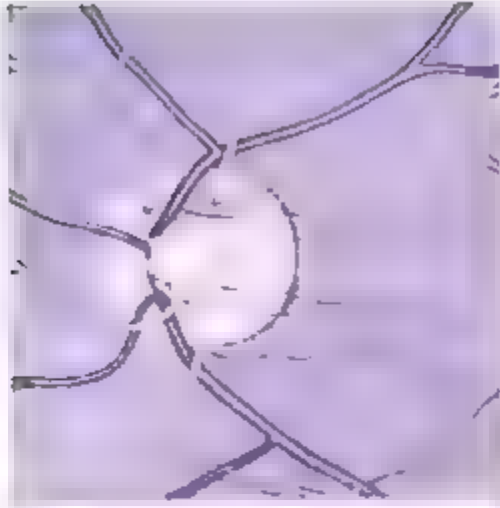
- (۱) نزدیک کا کام کرنے میں زیادہ استقامتی حالت پیدا ہوتی ہے اور مقلہ چشم پر عضلات عینی کا دباؤ پڑتا ہے
- (۲) عروقی احتقان کی وجہ سے تو تر میں بڑھ جاتا ہے نزدیک کا کام کرنے میں سرکی وضع اس احتقان کا باعث ہوتی ہے۔ کیوں کہ ایسی حالت میں سر کو جھکا کر کام کرنا پڑتا ہے (۳) قعر عینی کا احتقان بھی اس مرض کے لئے سمین ثابت ہوتا ہے۔ اس کی وجہ سے شبہیں نرم ہو جاتی ہیں اسی وجہ سے قطب خیر پر انقباض پیدا ہو جاتا ہے۔ طاقت توفیق کے زیادہ استعمال سے بھی یہ مرض پیدا ہوتا ہے۔ مگر اس نظریے کے خلاف بہت سے اعتراضات ہیں جن کو ہم ذکر کرتے ہیں۔
- (۱) طول بصر کی حالت میں طاقت توفیق بہت زیادہ طاقت کے ساتھ کام کرتی ہے (۲) اس کی وجہ سے تو تر میں نہیں بڑھ سکتا (۳) طاقت توفیق کے عمل سے آنکھ کے مقام استواء کے پیچھے طبقہ شیشیہ پر کوئی اثر نہیں پڑتا اور صلیبہ بھی کچھ متاثر نہیں ہوتا۔

آنکھ کی استقامتی طاقت یعنی دونوں آنکھوں کے محوروں کا ایک دوسرے کی طرف جھکنا کس طرح قصر بصر پیدا کرنے میں سمین ہوتا ہے اس کے متعلق متعدد نظریے ہیں۔

(۱) دردہ دواہ پر اس کا دباؤ پڑتا ہے۔

(۲) تو تر میں بڑھ جاتا ہے۔

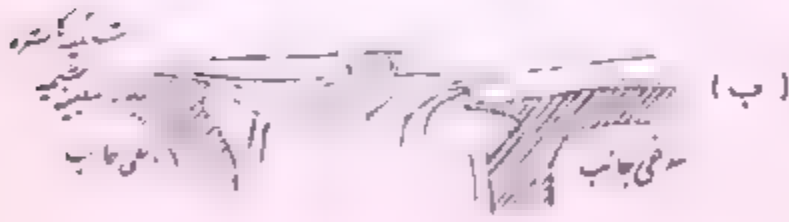
طاقت توفیق اور قوت استقامت ان دونوں میں سے تنہا کسی کو بھی ہم قصر بصر پیدا کرنے کا پوری طرح ذمہ دار نہیں سمجھتے بلکہ ان کے علاوہ ذاتی استعداد کو بھی بڑا دخل ہوتا ہے۔ چنانچہ خیال غالب ہے کہ صلیبہ کی خلقی کمزوری بھی قصر بصر کے پیدا کرنے میں دخل رکھتی ہے۔ عصب باصرہ کا چھوٹا ہونا (جو یقینی طور پر غلط ہے) اور جمجمی ساخت کے عجوبہ بن کی وجہ سے دونوں حدتوں کے درمیانی فاصلہ کا زیادہ ہونا یا بالائی عضلہ موربہ کے بکرہ (Pulley) کی وضع کا تبدیل ہو جانا بھی اسی زمرہ میں شمار کیا جاتا ہے۔



- (۱) چاہلی ہلال مدعی •
- (۲) قصور بصورتی آنکھ میں قوس ہموں کا مدعی ہلال •
- (۳) آنکھوں کی ہون انعطاف حالتوں دائرہ طواف ہو - طوافی آنکھ • دائرہ طواف نہچے قصور بصورتی ہون آنکھ اور اوپر کی چھوٹی آنکھ طواف بصورتی ہون آنکھ ایک بچہ کی ہے •
- (۴) قصور بصورتی آنکھ کا ہلال مدعی •

بعض ماہرین کا خیال ہے کہ نمبلی اور شدید قصر بصر دونوں علیحدہ علیحدہ ماضی حیثیت رکھتے ہیں اور ان میں سے ہر ایک کے سبب بھی مختلف ہوتے ہیں مگر یہ خیال غالباً غلط ہے

ہلال قصر بصری (Myopic crescent) ہلال قصر بصری کے متعلق بھی علماء تک نہایت زیادہ بحث ہوئی ہے۔ غالباً یہ حالت خلقی ہوتی ہے لیکن اس میں شک نہیں کہ قصر بصر والی آنکھ کے حالات اس میں تبدیلیاں پیدا کر سکتے ہیں۔ تشریحی حیثیت سے ہم کو ظہر ہے کہ قصر بصر والے مریضوں میں قرص بصری کی شکل بڑی حد تک بدل جاتی ہے۔ بعض ماہرین کا خیال ہے کہ غبہ موخرہ کے پیدا ہونے سے قرص بصری میں ایک طرف کھینچ پیدا ہوتی ہے۔ اسی لئے اس کی شکل بدلتی ہے۔ ہم کو یہ علم تو نہیں ہے کہ اس کی شکل کی تبدیلی کس طرف ہوتی ہے مگر اس میں شک نہیں ہے کہ یہ سبب خاص طور پر موثر ضرور ہوتا ہے بعض ماہرین ہلال کے پیدا ہونے کی یہی وجہ بیان کرتے ہیں۔ شدید حالتوں میں قرص بصری صدغی جانب کو کھینچ جاتی ہے۔ درشبکیہ مع بشرہ ملونہ کے قرص بصری کے انفرنگنٹ پر



اُجھاتا ہے۔ قرص بصری کے صدغی جانب سے بشرہ ملونہ غائب ہو جاتا ہے اور اس مقام پر شبکیہ میں شموری کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس حصہ کا معائنہ اگر منظر البصیر سے کیا جائے تو یہ ہلال نما نظر آتا ہے۔

جس قرص بصری کا انفرنگنٹ قطعاً قصر بصری آنکھوں میں صدغی جانب کا انفرنگنٹ قطعاً

شدید قصر بصری کی حالت میں ہلال

کا غائب ہو جانا اور خفیف حالتوں میں اس کا پایا جانا اس نظریہ کے منافی ہے کہ یہ حالت کھینچاؤ سے پیدا ہوتی ہے اور طاقت توینج کے زیادہ استعمال سے اس کا پیدا ہونا یقین نہیں۔ کیوں کہ اس کی وجہ سے قصر بصر بد نہیں ہوتا **انداز مرض** جب بچوں میں خفیف اور اوسط درجہ کا قصر بصر ہو تو انداز مرض بہتر ہوتا ہے کیونکہ یہ ترقی نہیں کرتا۔ اور بعض حالتوں میں تو اس سے فائدہ پہنچتا ہے۔ مگر یہی حالت جب بچے میں اسکو جانے سے پیدا ہو تو

نظارہ میں خراب ہوتا ہے۔ عیوں کے قشری طور پر یہ حالت بڑھتی رہتی ہے یہاں تک کہ چند ہی سال میں ۱۰-۵ لے
تک پہنچ جاتی ہے اور اس کے ساتھ قعر عینی میں نظر ناک تبدیلیاں بھی رونما ہو جاتی ہیں۔ شدید قصر جو
کی حالت میں نظارہ میں ہمیشہ نظر ناک ہوتا ہے۔ بہتر یہ ہے کہ چشمہ لگانے۔ قعر عینی کی حالت دیکھنے اور چشمہ لگانے
کے بعد بصارت کی تیزی کو معلوم کرنے کے بعد اس کے متعلق کوئی فیصلہ کیا جائے۔ بہر حال تمام صورتوں میں
اپنے مقام سے شبکیہ کے انکڑنے کا ڈر رہتا ہے۔

علاج

مناسب چشمہ لگایا جائے۔ بہرین کا خیال ہے کہ تصحیح کی حد سے زیادہ طاقت کا چشمہ نہ دیا جائے
خیال میں تمام بہرین متفق رائے ہیں ۵ یا ۶ بصریہ کے قصر بصر میں دور کی بصارت کے لئے تصحیح کئی
چشمے دئے جائیں (بچے اس سول سے مستثنیٰ ہیں) اور ہمیشہ ن چشموں کو استعمال کرنے کی تاکید کی جائے مگر مریض
ہدایت کر دی جائے کہ پڑھنے لکھنے یا نزدیک کا کام کرنے میں پڑھنے کے معمولی فاصلہ سے کام لے بعض بہرین
نزدیک کے کاموں کے لئے اور کے چشمے سے ۲ یا ۴ بصریہ کمزور چشمے بھی دیتے ہیں گویا کہ اس طریقہ سے ہم مصنوعی
طور پر بصری شوخت پیدا کرتے ہیں یعنی اگر وہ پڑھنے کے فاصلہ سے کام کریں تو طاقت توفیق کو ۲-۲ یا ۲ بصری طبی بصارت والے
انسان سے کم خرچ کرتے ہیں۔ اگر ان کو کلی تصحیح کے چشمے دئے جاتے تو اس طاقت توفیق سے بھی کام لیتے

بہت سے مریضوں کو کمزور چشمے لگانے سے نزدیک کے کام کرنے میں آسانی ہوتی ہے اور بہت سے مریضوں کو
نہ نہ نہیں ہوتا۔ کمزور چشموں کے دینے کے اصول کا ماخذ یہی ہے کہ طاقت توفیق کے استعمال سے قصر بصر پیدا ہوتا ہے لہذا اگر
کسی طرح اس کو نزدیک کے کام کاج میں کم استعمال کیا جائے تو بہتر ہے مگر ہم پسے ہی بتا چکے ہیں کہ یہ اصول غلط ہے اور
صرف یہی نہیں بلکہ ہمارے خیال میں کمزور چشموں کے لگانے کے خلاف اور بھی وجوہ ہیں۔ جن کو ہم ذیل میں بیان کرتے ہیں
میں عموماً نزدیک کے کاموں کو پڑھنے کے معمولی فاصلہ سے کم فاصلہ پر انجام دیتے ہیں۔ یہ ضرور ہے کہ جہاں تک
طاقت توفیق کا سوال ہے اس کا اثر کمزور چشموں سے نسبت طاقتور چشموں کے کم ہوتا ہے لیکن ہمارے سامنے صرف
طاقت توفیق کا سوال نہیں ہے بلکہ ہمارا خیال ہے کہ آنکھ کے محوروں کی نزدیکی زیادہ موثر ہوتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ
پڑھنے کے معمولی فاصلہ پر رکھ کر کام کرنے میں دونوں آنکھوں کے محور ایک دوسرے کی طرف جھکتے ہیں لہذا اگر مصنوعی
طور پر ہم ایسے چشموں کو آنکھ کے سامنے لگا دیں کہ بصری شوخت کی تعمیل ہو جائے تو آنکھ کے محوروں کو نزدیک لانے کے

وقت توینق کا عمل رونما نہ ہو کا یعنی اب دونوں آنکھوں کے محور آپس میں توازی نہیں ہے۔ مزید وضوح خاطر یہ کہ اگر کسی شخص میں یہ حالت ہو رہی ہو تو اس کے کام کو اور کم کر کے کام کو آہستہ آہستہ دیا جائے تو وہ سب سے کہ استعداد کی کمی ہوگی۔ یہ بھی فی فائدہ نکلے گا۔ لہذا عموماً غصت قصر بصر کی حالت میں تھیں کھلی کے چشمے ہر وقت استعمال کرنے کوئے جائیں اور نزدیک کے کام کاج کرنے کے لئے مفصل ہدایات کی جائیں گے اس کے باوجود کچھ تکلیف محسوس ہو تو نزدیک کا کام کرنے کے لئے منسوس رہیں کہ بعض کو بہت زیادہ چڑھنے لگنے۔ سینے پر وزن کی ضرورت ہو تو کمزور چشمہ دیا جائے۔

شدید قصر بصر کی حالت میں اگر دور کی بصریات کے لئے تصحیح کلی کے چشمہ سے زرا کم اور چشمہ دیں تو عین دانشمندی ہوگی کام کاج کرنے کے لئے بھی وہی یا اس سے کمزور چشمہ دیں۔ بہت زیادہ قصر بصر کی حالت میں کمزور چشموں سے مرضی تھی طرح نزدیک کا کام کر سکتا ہے۔ اس کے لئے بہتر ہے کہ مرضی سے کہا جائے کہ وہ خود چشمے کا انتخاب کرے جس چشمے سے اس کو زیادہ آرام ملے وہی استعمال کئے دیا جائے۔

اس کی ایک وجہ یہ بھی ہے کہ بہت زیادہ قصر بصر میں شبکیہ پر جو شبیہ بنتی ہے وہ بہت چھوٹی اور روشن ہوتی ہے لیوں کہ چشموں کو ہم مقدم مرکزی سطح سے دور رکھ کر لگاتے ہیں لہذا شدید قصر بصر کے مریضوں میں جہاں تک ہو سکے آنکھ کے نزدیک چشمہ لگایا جائے شبکیہ کے زیادہ حساس ہونے کی وجہ سے روشن اور چھوٹی شبیہ سے مرضی کو تکلیف ہوتی ہے اس کی وجہ یہ بھی ہو سکتی ہے کہ مریض کو بڑی اور غیر صاف شبیہ دیکھنے کی عادت پڑ جاتی ہے۔ اگر عینک سے تپتے طور پر دیکھنے میں سداوی کیفیت پیدا ہو تو یہ خیال رکھیں کہ یہ کیفیت ان لوگوں میں پیدا ہوتی ہے جو بڑا چپے میں چشمہ لگانا شروع کرتے ہیں۔ اس عمر میں اگر چشمہ کی حالت کو بہت زیادہ بڑھا دیتے ہیں۔ شدید قصر بصر والے مریض بصریات موری کو کم کرنے کے لئے چشمے کے اندر سے ترجیحاً دیکھنے کے بجائے سر کو گھما کر دیکھتے ہیں اور بعض شدید قصر بصر والے مریض چپے پہننے میں چشمہ کے بغیر زیادہ آسانی محسوس کرتے ہیں۔

شدید ترین قصر بصر میں نزدیک کا کام کرنے میں دونوں آنکھوں کا کافی استفاق ممکن نہیں۔ اسی لئے ایسے مریض نزدیک کے کاموں میں صرف ایک آنکھ سے کام لیتے ہیں اور دونوں آنکھوں میں سے جو آنکھ بہتر ہوتی ہے اس کو کام کے لئے منتخب کرتے ہیں۔ چونکہ ناممکن حالات میں آنکھ کے دونوں محوروں کو ایک دوسرے کی طرف مریض نہیں جھکا سکتا اس لئے صرف ایک آنکھ کے استعمال سے دوسری آنکھ بیکار ہو جاتی ہے اور حوالہ مسدود Di-oculant squint پیدا ہوتا ہے۔

ہے۔ اس کے علاوہ دوسرے باب بھی اس حوالے کے پیدا کرنے کا باعث ہوتے ہیں۔

اولیٰ شباب میں قصر بصر کے لئے حفظانِ صحت کا یہ اصول ہے کہ نزدیک کا کام کم کیا جائے اور زیادہ بہتر یہ۔
کہ قاعدے کے تحت فاصلہ کی ایک خاص مقدار متعین کر لی جائے اور ہمیشہ نزدیک کے کام کا ج کو مناسب فاصلہ سے
دیا جائے۔ مسلسل زیادہ دیر تک نزدیک کا کام نہ کیا جائے۔ اگر کچھ دیر تک کام کرنے کے بعد مریض آرام کر لے اور
شکر کا کام کرے تو مسلسل دیر تک کام کرنے سے زیادہ کام کر سکے گا۔ مذاکام کرنے کے اوقات اور مقدار
مستقل ہی بدیتیں کی جائیں۔ کام کا ج کرنے کی جگہوں پر روشنی بخوبی ہو لیکن تیز بھی نہ ہو کہ چکا چوند پیدا کرے
کے وقت مریض کی پشت روشنی کی طرف ہو۔ یعنی روشنی کے سامنے مریض کا رخ نہ ہو تو زیادہ بہتر ہے۔ روشنی کی کمی کی
میں کتاب کو آنکھ سے نزدیک کر کے شبکیہ کی شبکیہ کو مریض بڑا کر دیتے ہیں۔ بستر پر لیٹ کر پڑھنے اور نزدیک کے کاموں
محکم کران کو انجام دینے سے پرہیز کریں۔

چھوٹے بچے جو قصر بصر میں مبتلا ہوں ان کو مختلف بدیتوں پر کاربند کرنا ذرا مشکل ہوتا ہے۔ لہٰذا ان میں ایسے کچھ
کی تعلیم کا طریقہ بہترین ہے۔ ان کو زیادہ تر زبانی تعلیم دی جاتی ہے۔ اسکول کی کتابیں بڑے اور موٹے حروف کا
ان کو پڑھنے کو دی جاتی ہیں اور ایسے ہی بڑے اور موٹے حروف لکھنے کی تاکید کی جاتی ہے۔ اگر روشنی سے زبا
پڑانے لکھنے سے تکلیف ہو جاتی ہو یا قصر بصر میں ترقی ہو رہی ہو تو مریض کو مکمل سکون دینا چاہئے اور عرصہ تک
کی آنکھ میں دن میں ایک مرتبہ ایٹروپن ڈالنا چاہئے۔ مقویات خصوصاً شکھیا کے مرکبات استعمال کرانے جائیں اگر
ہو تبدیل کرانی جائے۔ نیز کھلی ہوئی ورزش کرائیں۔

شدید قصر بصر کے لئے جراحی عمل اگر کسی آنکھ میں ۲۴ بصریہ کا محوری قصر بصر موجود ہو تو اس آنکھ کی لمبائی
۳۱ ملی میٹر ہوگی۔ ایسی آنکھ کا عدسہ نکال دینے کے بعد باہر سے داخل ہونے

والی متوازی شد میں بغیر کسی عدسہ کی مدد کے شبکیہ پر مرکوز ہوتی ہیں اور شبکیہ پر باہر کی اشیاء کی شبیہ نسبت طبعی بصارت کی آنکھ کے برعکس
مبتنی ہے۔ اگر اس عمل جراحی میں کلیتہً کامیابی ہو جائے تو نمایاں اور بین فائدہ پہونچتا ہے مگر یہ عمل جراحی خطرات سے
عالی نہیں۔ شدید قصر بصر والی آنکھ مریض ہوتی ہے اور یہ ظاہر ہے کہ ایسی آنکھ کسی جراحی عمل کی برداشت میں طبعی
آنکھ کے مقابل نہیں ہو سکتی۔ ایسی آنکھ میں رطوبت زجاجیہ عموماً سیال ہوتی ہے اور اس کے اندر غیر شفاف شے



بوت ویاژه قصه بصری کے لئے دوایں چشمہ
۳۰۲



شدید قند بہتہ والی اسبوں جو مسمولی نہہ سے ہا عداک سے بہہ صحتہم کم
نہوں دیہوں ان کے واسطے یہہ مسمولیں دروزوں عداک آیدہ دی کئی ہے •

بھی موجود ہوتے ہیں۔ اور اس قسم کی آنکھوں میں شبکیہ اور مشیمہ دونوں ماؤف ہوتے ہیں نیز عمل جرمی کی وجہ سے شبکیہ کے اکھڑنے کا خطرہ بڑھ جاتا ہے۔ اس وقت تک ایسی آنکھوں کے متعلق ماہرین یہ نہیں طے کر سکتے کہ کن اصول کی پیروی کی جائے۔ مگر ذیل میں چند باتیں بیان کی جاتی ہیں جن کا خیال رکھنا مفید ثابت ہوتا ہے۔

(۱) جرمی عمل صرف اوائل شباب میں کیا جائے۔

(۲) سوئی کے ذریعہ مقدم عدسی غلاف کو بچاڑیں مگر اس کے بعد عدسہ کو قطعہ (Carette) کے ذریعہ نہ نکالیں لیکن جب تو ترعین پڑھ جائے تو اس سے سفر نہیں بلکہ اس طریقہ سے کام لینا ضروری ہے۔

(۳) صرف ان آنکھوں کا عدسہ نکالا جائے جن کا قصہ بصیرت بصیر ہو۔

(۴) جرمی عمل کے وقت اس امر کا لحاظ رکھیں کہ قعر عینی میں کوئی منفی کیفیت موجود نہ ہو۔

(۵) ایک وقت میں صرف ایک آنکھ کا آپریشن کیا جائے۔ خراب حالات مثلاً جب بصارت بہت زیادہ ہو تو اس وقت بھی آپریشن کر سکتے ہیں۔

طول بصر (دور نظری)

Hypermetropia

طول بصر آنکھ کی وہ مناظری حالت ہے جس میں طاقت توفیق کے سکون کی حالت میں آنکھ کے اندر داخل ہونے والی متوازی شعاعیں آنکھ کے حساس پردہ کے پیچھے ایک مرکز پر مجتمع ہوتی ہیں۔ یعنی طبقہ شبکیہ پر ایک مرکز پر جمع نہیں ہوتیں۔

نظری حیثیت سے طول بصر کے وجوہ ذیل میں درج ہیں۔

(۱) طبعی حیثیت سے آنکھ کا محور بہت چھوٹا ہو اس کو ہم محوری طول بصر Axial hypermetropia کہتے ہیں۔

(۲) انعطافی سطوح کا انحناء غیر طبعی ہو یہ انعطافی طول بصر Curvature hypermetropia کہلاتا ہے۔

ہے۔ اس میں مفصل ذیل دونوں صورتیں (۱ و ۲) شامل ہیں۔

(۱) قرنیہ کا انحناء بہت کم ہو (ب) عدسہ کی مقدمہ و موخر سطح یا دو سطحوں کے انحناء کی کمی کی صورت

(۳) انعطافی واسطوں کے تناسب انعطافی کا غیر طبعی ہونا۔ اس کو انعطافی طول بصر Index hypermetropia کہتے ہیں۔

اس میں مندرجہ ذیل صورتیں شامل ہیں۔

(۲) قرنیہ اور رطوبت مائی کے تناسب انعطافی کی کمی (ب) عدسہ کے تناسب انعطافی کا بہت کم ہونا جس کی

وہیں یہ ہو سکتی ہیں کہ راج، نویہ کا تناسب انطانی کم ہو جائے یا (۵) عدسے کے قشری حصہ کا تناسب انطانی بہت زیادہ ہو جائے یا (۶) دونوں حصوں میں انطانی تناسب کی خرابیاں موجود ہوں (ل) زجاجیہ کے تناسب انطانی کا بہت زیادہ ہونا۔

(۴) عدسہ کی غیر طبعی وضع (قطع خلعتی مثلاً پیچھے کی جانب اس کا خلع۔

(۵) عدسہ کا غائب ہونا (Aphakia)

(۶) مذکورہ خرابیوں میں سے کئی ایک کا ایک ساتھ جمع ہو جانا۔

قصر بصر کے برعکس مرضی طول بصر کا سب سے بڑا سبب جو اب تک معلوم ہوا ہے وہ آنکھ کا بہت چھوٹا ہونا ہے مگر یہ بھی ممکن ہے کہ ایک آنکھ بہت چھوٹی ہو اور اس کے باوجود اس میں طول بصر نہ پایا جائے۔ لیکن ایسی صورت میں آنکھ کے تمام حصے مناسب اور ضروری طور پر چھوٹے ہوں گے۔ اس کو سمجھنے کے لئے شکل نمبر ۱۰ کو دیکھیں چپے اگر اس شکل میں آنکھ کے تمام حصوں کو مناسب طور پر چھوٹا کر دیا جائے جیسا کہ تصویر سے ممکن ہے تو اس وقت بھی جو متوازی شعاعیں اس آنکھ میں داخل ہوں گی وہ سب کی سب طبقہ شبکیہ پر مرکوز بنائیں گی۔ لہذا یہ خیال رہے کہ طول بصر والی آنکھ کا محور طول میں کم ہونے کے علاوہ یہ آنکھ بھی طبعی آنکھ سے چھوٹی ہوتی ہے۔ انحنائی طول بصر مدد بصری میں پایا جاتا ہے مگر کردی یا سبب طول بصر میں اس کو کوئی دخل نہیں ہوتا۔ انطانی طول بصر بڑھوں میں پایا جاتا ہے جس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ عدسہ کے قشری حصہ کا تناسب انطانی بڑھ جاتا ہے۔

طول بصر سے، بصریہ سے زیادہ شاذ ہی بڑھتا ہے لہذا اس طول بصر کے ساتھ تقریباً ۲ ملی میٹر لمبائی میں آنکھ چھوٹی ہوتی ہے بعض مرضیں ایسے بھی دیکھے گئے ہیں جن کو ۲۴ بصریہ تک طول بصر لاحق تھا۔ ابتدائی عمر میں طول بصر کی کوئی خاص علامت نہیں پائی جاتی اور جب علامتوں کا ظہور ہوتا ہے تو یہ نتیجہ مستنبط ہوتا ہے کہ ان مریضوں کو طاقت توفیق بہت زیادہ خرچ کرنی پڑتی ہے اور ان کی طاقت توفیق اور قوت اشتقاق میں توازن نہیں ہوتا۔

ہم پہلے بیان کر چکے ہیں کہ ابتدائی عمر میں طاقت توفیق کی حدود بہت زیادہ ہوتی ہیں۔ اس لئے جب بصری طاقت توفیق کی علامتیں ظاہر ہوں تو ان کو اس قدر بڑھانی نہیں دیتا۔ اگر مریض کمزور ہو یا نزدیک

کے کام بہت زیادہ کرتا ہے تو عضد ہابی کے مسلسل وزاجی حالت سے زیادہ کام کرنے کی وجہ سے آنکھ میں درد پیدا ہو جاتا ہے۔ توفیقی شعل بصر میں پڑنے یا بیٹنے پر رونے میں خصوصاً جب رات کے وقت روشنی میں ٹپکنا یا سیاہ پڑ دیا جائے تو اس کی عدد متوں کا ظہور ہوتا ہے۔ آنکھ دکنے لگتی ہے اور اس میں جلن پیدا ہو جاتی ہے۔ آنکھ میں خشکی کا احساس ہوتا ہے، یا کھانکھ کا۔ چمکنی حالت سے زیادہ ہو جاتا ہے۔ پانی زیادہ بہتا ہے، جگر اور اجضان کے کمن سے سرخ ہو جاتے ہیں۔ اس کے ساتھ تفتی التهاب کا پایا جاتا بھی ممکن ہے۔ اگر ان نکالینٹ کے باوجود بعض کام کاج کرتا ہے تو سر کے مقدمہ میں درد شروع ہو جاتا ہے۔

زیادہ عمر کے مریضوں میں اس وقت تک کہ فی علامت ظاہر نہیں ہوتی جب تک کہ حالت توفیق میں قدم نہ ہو جائے کہ آنکھ کا نقطہ بعیدہ پڑنے کے معمولی فاصلہ سے دور ہو اسی حالت میں مریض کو پڑھنے یا نزدیک کے کسی کام کے کرنے میں مبتلا پڑھنے کے معمولی فاصلہ کے دور سے کام کرنا پڑتا ہے اور مریض کو جس قدر زیادہ طول بصر ہو اسی قدر ملیدہ حالت پیدا ہو جاتی ہے دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہوا کہ جلی بصر شغیخت معمول سے زیادہ جلد ظاہر ہو جاتی ہے۔ یہ یاد رہے کہ طول بصر کی وجہ سے زیادہ عمر کے مریضوں میں زرق المار کی استعداد بڑھ جاتی ہے۔ ایسے مریضوں کی آنکھ کا معائنہ منظر البین کے ذریعہ کرنے پر ممکن ہے کہ قعر عینی کے اندر کوئی غیر طبعی حالت نہ نظر آوے۔ بعض اوقات قعر عینی کا انکاس اگر روشن ہو تو اس کا تشابہ ریشم پر پانی پڑنا سے ہوتا ہے۔ یہ مخصوص حالت قصر بصر اور طبعی حالت والی آنکھ کے مقابلہ میں طول بصر والی آنکھوں میں زیادہ پائی جاتی ہے۔

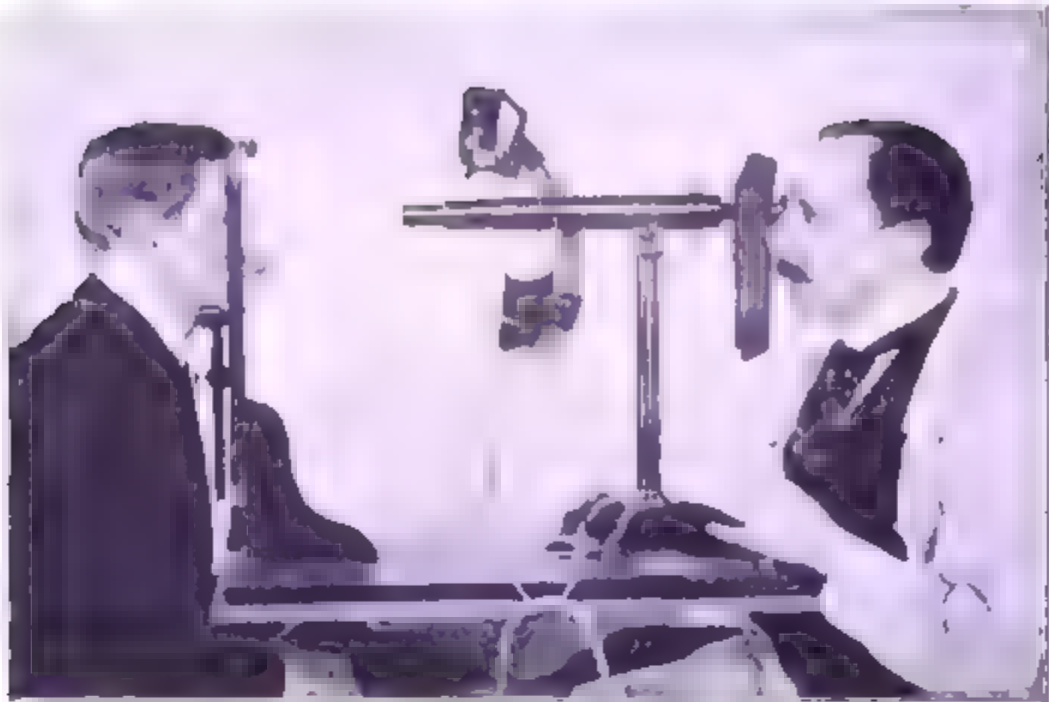
ان آنکھوں میں بعض اوقات قرص بصری سے نیچے کی طرف ہلال بھی نظر آ سکتا ہے اور بعض طول بصر والی آنکھوں میں کاذب التهاب قرص بصری کے مانند حالت بھی پائی جاتی ہے۔ تشریحی حیثیت سے طول بصر والی آنکھ اور اس کا محور بھی طبعی بصارت والی آنکھ سے چھوٹا ہوتا ہے۔ اس میں قعر بصر کی طرح آنکھ کے پچھلے حصہ میں خرابیاں نہیں ہوتیں قرنیہ کا محور عمود چھوٹا ہوتا ہے۔ باقاعدہ سداد بصری عام طور پر پایا جاتا ہے۔ خزائے مقدمہ طبعی حالت سے کم گرا ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ عدسہ بڑا ہو جاتا ہے۔ قدیم ماہرین کا خیال تھا کہ عضد ہابی کے دور ریختہ زیادہ دبیز ہو جاتے ہیں اور محوری لشیوں میں خموری کیفیت پائی جاتی ہے۔ لیکن اس کی طرف کچھ خیال نہ کرنا چاہئے

کیوں کہ یہ کوئی اسہم بات نہیں ہے۔ بلکہ شبکیہ - مشیمیہ اور عصب بامبرہ میں کوئی غیر طبعی حالت نہیں پائی جاتی۔

نورانیہ بچے ہمیشہ (اوسطاً ۲۰ بصری) طول بصر والے ہوتے ہیں۔ پہلے دس سال میں یہ حالت بہت کم ہو جاتی ہے اور ۲۰ سال کے بعد ان میں سے ۵۰ فی صدی طول بصر والے ہوتے ہیں۔ کسی خاص جنس کے ساتھ طول بصر مختص نہیں مگر دو دھڑلانے والے اور گوشت خور جانوروں میں عام طور پر پایا جاتا ہے۔

علاج مناسب چشمہ استعمال کیا جائے۔ بچوں اور بوڑھوں کو جب تک کسی خاص تکلیف کا احساس نہ ہو اس وقت تک چشمہ کا استعمال ضروری نہیں۔ بوڑھوں کے طول بصر کو نزدیک کا کام کرنے کے لئے درست کرنا چاہئے مگر یہ خیال ہے کہ ان کو تصحیح کلی سے کم درجے کے چشموں کا دنیا زیادہ مناسب ہے۔ علامات کی شدت کا لحاظ رکھتے ہوئے دور یا نزدیک کے کام کے لئے چشمہ کو منتخب کریں۔ اگر بول بصر بہت زیادہ ہو تو انیروپن کا اثر زائل ہونے سے پہلے چشمے کا استعمال شروع کریں۔ زیادہ معمر مریض جن کو طول بصر بہت زیادہ ہو ان کے لئے نورانی تصحیح کلی کے چشمے کی تجویز مناسب ہوگی۔ ان مریضوں کا عضد ہلی اتنے زیادہ عرصہ تک حالت انقباض میں رہ چکا ہوتا ہے کہ اس کا استخراج (ڈھیلا پن) بہت عرصہ میں ظاہر ہوتا ہے۔ اگر عضد ہلی کے منقبض رہنے کے باوجود تصحیح کلی کا چشمہ دے دیا جائے تو قصر بصر پیدا ہو جاتا ہے اور فاصلہ سے مریض اچھی طرح نہیں دیکھ سکتا۔ اس لئے ایسے مریض چشمہ کو اتار کر کھینک دیتے ہیں۔ ان میں جلی طول بصر کے کچھ زیادہ طاقت کے عدسوں کا استعمال ضروری ہوتا ہے بہتر یہ ہے کہ مریض سے کہا جائے ۳-۴ ماہ کے بعد دوبارہ معالج کے پاس آوے اس وقت معالج پہلے سے زیادہ طاقتور چشمہ استعمال کرنے کے لئے تجویز کرے اسی طرح ۵-۶ ماہ کے بعد اور زیادہ طاقتور چشمہ دے یہاں تک کہ مناسب طاقت کے چشمے تک نوبت پہنچ جائے اور اس کے باوجود مریض کو تکلیف نہ ہو۔

سداو بصر Astigmatism سداو بصر آنکھ کے انعطاف کی وہ حالت ہے جس میں کسی منور نقطہ کی شبکیہ (خواہ ہم کسی قسم کے عدسے سے اس کے درست کرنے کی کوشش کریں) طبقہ شبکیہ پر ایک نقطہ کی صورت میں نہیں بنتی۔ باقاعدہ سداو بصر کے اقسام اس کے قبل ہم بیان کر چکے ہیں۔ اس کے



۱۰۹ II

۱۰۹ II آلہ جہاں کی دو تصاویر
جو کہ قرنہ پر ہاتھی ہیں
اور جن کے درجہ سداد ہصر
کی حالت میں قرنہ
سماج کی انتظامی خرابی
کو اسطوائی شہسوں کی
طالت معلوم کرنے کے لئے
استعمال کرتے ہیں •

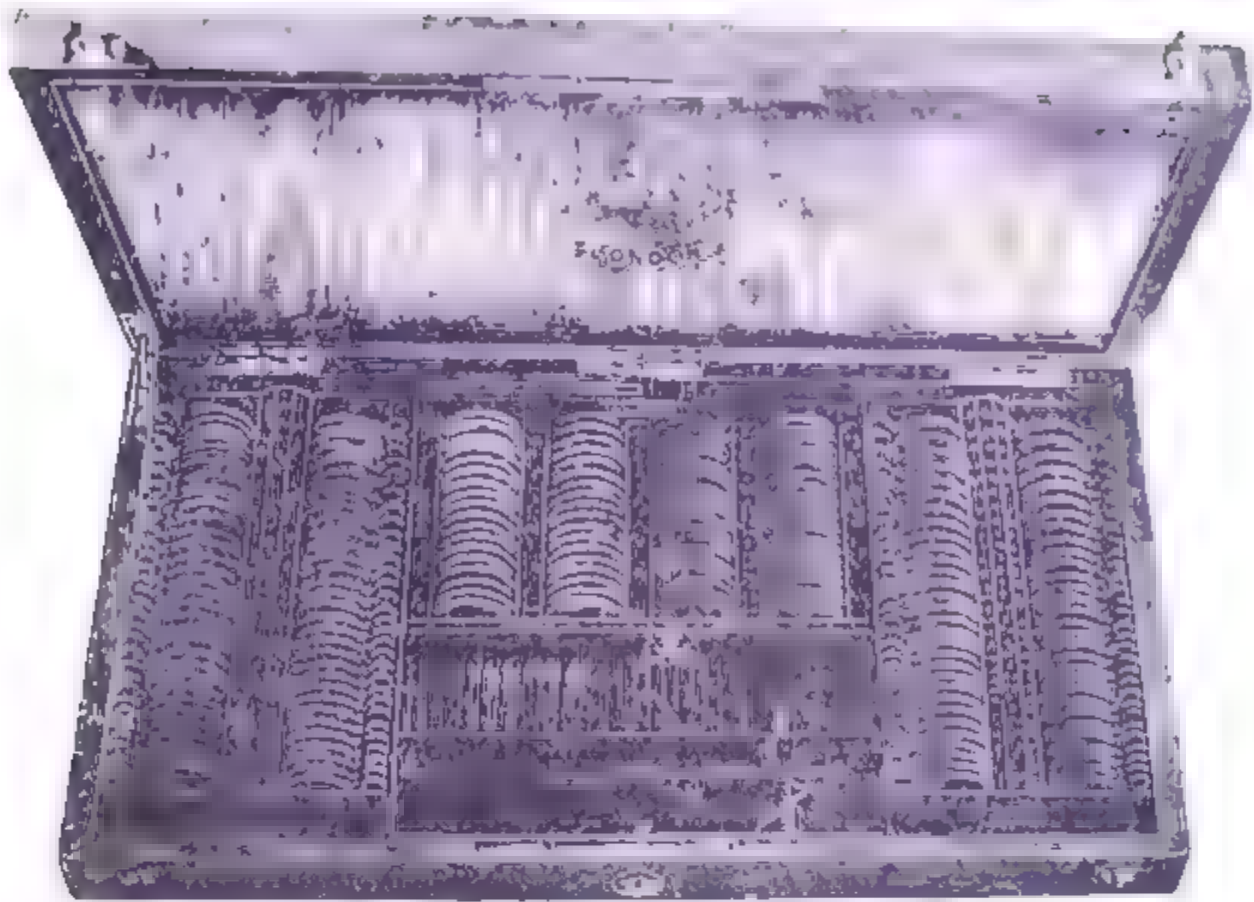


۱۰۹ A ماہر جہاں کا قرنہ
کے انتظام افقی و عمودی کو
ناہیہ کا آلہ اور اس کا طریق
استعمال اس کی ضرورت
سداد ہصر میں پڑتی ہے •
جس میں کہ قرنہ کے
افقی و عمودی انتظام میں
فرق ہوتا ہے •





میدان کے محسوس کو ناچ کا آلہ •



چشمہ ورنہ دیکھ نہ سکتا اور اس کے مختلف قسم کے عدسوں کی
 ایکس جس میں ایک طرف دو عدسے (محدب) (مستوی) (مقعور) کی
 ایک طرف ایک عدسہ (مستوی) (مقعور) (محدب) کی
 ایک طرف ایک عدسہ (مستوی) (مقعور) (محدب) کی
 ایک طرف ایک عدسہ (مستوی) (مقعور) (محدب) کی
 ایک طرف ایک عدسہ (مستوی) (مقعور) (محدب) کی
 ایک طرف ایک عدسہ (مستوی) (مقعور) (محدب) کی
 ایک طرف ایک عدسہ (مستوی) (مقعور) (محدب) کی
 ایک طرف ایک عدسہ (مستوی) (مقعور) (محدب) کی



یہ آلہ ہوں اسی مقصد کے واسطے استعمال کیا جاتا ہے جس کے واسطے
ماہر چاواں کا •

واسطے ہم صرف چشمے دے سکتے ہیں اور کچھ نہیں کر سکتے۔ سدا لبصر کی وجہ سے بصارت کی تیزی میں کم و بیش نقص پیدا ہو جاتا ہے اور نہایت تکلیف دہ شکایات آنکھ میں رونما ہوتی ہیں مثلاً آنکھ کا تھک جانا درد، دھیرہ ضعف بصر یا آنکھ کا تھک جانا کسی حد تک توفیقی ہوتا ہے اور یہ تکلیف خفیف درجہ سے سدا لبصر میں زیادہ پریشان کن ثابت ہوتی ہے اس کی وجہ یہ ہے کہ توفیقی حیثیت سے آنکھ اس مرکز کی کوشش کرتی ہے کہ شبکیہ پر شبیہ زیادہ واضح بنے۔ پڑھنے سے بہت بعد آنکھ تھک جاتی ہے اور مرضی شکایت کرتا ہے کہ الفاظ ایک دوسرے سے ملے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔ مذکورہ کیفیت کے علاوہ سخت کم کار شقیہ خرد بھی پیدا ہو سکتا ہے۔

باقاعدہ سدا لبصر ایک قسم کا خلقی نقص ہے جس کا سبب قرنیہ کے دونوں محوروں کے انحراف کا فرق ہے یہ خیال رہے کہ سدا لبصر میں عام طور پر صرف قرنیہ میں خرابی نہیں ہوتی بلکہ دوسرے طبقات کی خرابیاں بھی اس کا باعث ہوتی ہیں۔ قرنیہ کا سدا لبصری مدسہ کے سدا لبصری سے زیادہ بھی ہو سکتا ہے ورم بھی۔ جن آلات سے قرنیہ کے عمودی و افقی محوروں میں سدا لبصر معلوم کیا جاتا ہے وہ اس وقت تک مفید نہیں رہتے جب تک کہ آنکھ کا عدسہ نکال نہ دیا گیا ہو۔ چوٹ لگنے کی وجہ سے بھی باقاعدہ سدا لبصر پیدا ہو سکتا ہے لیکن یہ اس وقت ہوتا ہے جب کہ زخم قرنیہ اور صلبیہ کے جابر انصال پر ہو۔ زخم کے اندال کے بعد یقینی مذہبی ساخت کے انقباض سے زخم کے عمودی محور میں طبقہ قرنیہ مسطح ہو جاتا ہے مگر نقص اندال زخم کے چند بقیوں کے بعد بدل جاتا ہے لہذا اندال زخم کے چند بقیوں کے بعد چشمے دئے جائیں۔

علاج

جن مریضوں کو سدا لبصر کی وجہ سے ضعف بصر لاحق ہو آنکھ میں تکلیف، تکان کی کیفیت اور سر میں درد (شقیہ) پایا جائے۔ ان کو تصحیح کلی کے چشمے دئے جائیں اور وہ ان کو ہر وقت آہٹوں کریں۔ اگر طول بصر یا تھ بصر بہت زیادہ ہو اور اس کے ساتھ خفیف درجہ کا سدا لبصر بھی ہو تو استوانی عدسہ کا ز دور کی بصارت پر دیکھا جائے۔ اگر اس سے خاص طور پر کوئی فائدہ نہ ہو پینچے تو پہلے معمولی عدسہ دیا جائے۔

اس جگہ یہ ذہن نشین کر لینا چاہئے کہ بصارت کے نقص کو رفع کرنے کے واسطے جو عدسے لگائے جاتے ہیں وہ صرف اس صورت میں انعطافی خرابیوں کو دور کرتے ہیں جب کہ آنکھ کا محور بصری مد کے مرکز ناظری سے گزرے گا اگر نہ

تعدیلت ایک طرف کو ہوتی ہو تو یہ عدسہ ٹنٹ مشورہ کام دینے لگتا ہے۔ اور آنکھ کے سامنے ذرا سا بھی عدسہ چلا ہو تو سداوہ بصر کی کیفیت پیدا کر دیتا ہے۔ طاقتور عدسوں کی صورت میں سداوہ بصر کی کیفیت بہت زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے۔ اور اس امر کا بھی امکان ہے کہ یہ عدسہ کسی خفیف اسطوانی (Cylinder) عدسہ کو جواں کے ساتھ ملحق کر دیا گیا ہو۔ دوبالا یہ مقداروں کو دے۔ اسی وجہ سے طاقتور عدسوں کے ساتھ خفیف اسطوانی عدسہ کا لگانا بے سود سمجھا جاتا ہے۔

خفیف سداوہ بصر کی حالت میں چشمہ کے استعمال کے متعلق آنکھ کی تکالیف کے لحاظ سے مختلف ہدایتیں درکار ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ تکلیفوں میں اس قدر کمی نہ ہو کہ ہمیشہ چشمہ استعمال کیا جائے۔ ایسے مریضوں کو نزدیک کا کام کرنے کے لئے ان چشموں کے استعمال کی ہدایت کی جائے۔ پھر اگر ان سے تکلیف میں کوئی کمی یا سکون نہ ہو تو مسلسل استعمال کی تاکید کی جائے۔

آنکھ میں عدسے کے نہ ہونے سے مقصود یہ ہے کہ عمل جراحی کر کے آنکھ سے عدسے کو نکال دیا گیا ہو۔ اگر عمل جراحی کر کے عدسہ کے نکال دینے سے پہلے آنکھ کی بصارت طبعی رہی ہو تو بعد میں بہت زیادہ ٹول بصر پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی طرح خفیف نقص بصر کی صورت میں بھی عمل جراحی کر کے عدسہ نکال دینے کے بعد زیادہ ٹول بصر پیدا ہو جاتا ہے۔ معمولی شیشے کی طرح آنکھ کے سامنے عدسہ لگا کر افاقہ کرنے سے معلوم ہوتا ہے کہ طبعی بصارت والی آنکھ کا عدسہ نکال دینے کے بعد (۱۰-۱۱) بصری طاقت کا عدسہ لگانے کی ضرورت پڑتی ہے۔

عدسہ آنکھ میں نہ ہونا
Aphakia

عدسہ نکالی ہوئی آنکھ کے منافی حالات کا سمجھنا آسان ہے۔ قرنیہ ایک کر دی سطح پر وجود اسطوں زجاجیہ اور ہوا کے درمیان حائل ہوتی ہے۔ قرنیہ کا نصف قطر ۷ ملی میٹر اور قرنیہ وزجاجیہ کا تناسب انعطافی ۱-۱۰-۱۳۳ ہے۔ یہ بات لینے کے بعد ہم باسانی اس کے ماسکی فاصلہ کو معلوم کر سکتے ہیں۔ اس کا مقدم ماسکی فاصلہ ۲۳ ملی میٹر اور موخر ۳۱ ملی میٹر ہوگا۔ اگر ہم ۱۳ اور موخر ۲۳ ملی میٹر ہوتا ہے۔ اگر ہم عدسہ والی آنکھ کا طول محوری ۳۱ ملی میٹر ہو تو قرنیہ پر پڑنے والی متوازی شعاعیں شبکیہ پر مرکوز بنائیں گی۔ دور دور کی بصارت کے لئے چشمے کی ضرورت نہ ہوگی۔ ۳ ملی میٹر مابین آنکھ کا محوری قطر جب ہم معلوم کر سکتے ہیں۔ ہم یہ پہلے بتا چکے ہیں کہ جن آنکھوں میں عدسہ نہ ہو

ان میں آنکھ کی لمبائی کا اثر فی ملی میٹر ۲ بصریہ محور پر قطر بصر کے برابر ہوتا ہے اس لئے جب آنکھ کی لمبائی ۱۳.۵ ملی میٹر ہو تو ظاہر ہے کہ اس صورت میں ۲ بصریہ کا قطر بصر ہوگا۔

عدسہ نکالی ہوئی آنکھ میں شبکیہ کی شبیہ طبیعی آنکھ کی شبیہ سے دوگنی ہوتی ہے۔ اس لئے عدسہ نکال دینے کے بعد چشمہ لگا کر بصارت درست کرنے پر پڑ کا پڑھنا کوئی بڑی بات نہیں ہے بلکہ آنکھ کی بصارت اس سے بھی بہتر تیز ہونی چاہئے۔

جن آنکھوں میں سے عدسہ نکال دیا جائے ان کی مدت توفیق بالکل فدا ہو جاتی ہے۔ خزانہ عہدہ طبعی فطر سے گمراہ ہو جاتا ہے۔ غبیہ میں ارتعاش پیدا ہو جاتا ہے اور غبیہ میں اوپر کی طرف کڑوا پایا جاتا ہے۔ گردن عدسہ کے وقت ہونے نہ ہونے کے متعلق کچھ شک و شبہ ہو تو مندرجہ ذیل کے فیصلہ کرنا چاہئے۔ منظر راہین سے معائنہ کر کے پتہ چلتا ہے کہ حدقی رقبہ میں غیر شفاف حصے تھیں جو عدسہ کے کچھ حصوں کے باقی رہ جانے کی وجہ سے پاس جاتے ہیں ان کا معائنہ تنویر موربہ سے زیادہ مناسب ہوتا ہے۔ اور بلا واسطہ بھی معائنہ کیا جاسکتا ہے۔ اگر یہ غرضتوں میں دیر ہو تو مناسب ہے کہ چشمہ دینے سے پہلے ان کو پھاڑ دیا جائے تاکہ یہ جذب ہو جائیں۔ اگر غیثت اور معمولی طور پر غیر شفاف ہوں تو چشمہ لگانے کے بعد بصارت پر ان کا انحصار ہوگا اور بصارت ہی کو معیار مقرر کر کے اس کا فیصلہ کیا جائے گا کہ ان کو سوئی کے ذریعہ پھاڑنے کی ضرورت ہے یا نہیں۔

اخراج عدسے کے عمل جرحی سے طول بصر کے علاوہ کسی حد تک سدا دلبہ بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ خصوصیت کے ساتھ یہ حالت اس وقت پیدا ہوتی ہے جب کہ شگاف قرنیہ اور صلیبہ دونوں کے اندر یا صرف قرنیہ کے اندر دیا جائے لیکن جب شگاف قرنیہ کے اوپر کے حصے میں ہو تو سدا دلبہ قاعدہ کے خلاف ہوتا ہے یعنی قرنیہ اپنے محور میں سطح ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے ۲ سے ۳ بصریہ تک سدا دلبہ ہو سکتا ہے اور پھر آہستہ آہستہ یہ کم بھی ہو جاتا ہے شروع شروع میں نمایاں طور پر مگر چند ہفتوں کے بعد آہستہ آہستہ اس میں کمی آتی ہے یہ حالت کو یاد دہانی ساخت کے مکرٹنے سے پیدا ہوتی ہے۔

علاج پہلے انعطافی نقایص کو ہم شبکیہ کے انعکاس کے امتحان سے اور اس کے بعد مریض کی آنکھ پر شیشے کا کر معلوم کرتے ہیں۔ ماہر جادال کے انٹھلومیٹر (Ophthalmometer) سے بھی مدد لی جاسکتی ہے۔ اس میں

بعض اوقات بڑے عمیر و تھکن کی ضرورت ہوتی ہے کیونکہ مریض اپنے جدید مناظری حالات سے مانوس نہیں ہوتا۔
دور کی بصارت کی تصحیح کے لئے ۱۰۰ یا ۱۵۰ بصریہ طاقت والے عدسہ کی ضرورت ہوتی ہے جس کے ساتھ
۲۰ یا ۳۰ بصریہ کا ستوانی (Cylinder) عدسہ ملا لیا گیا ہو۔

یہ خیال رکھیں کہ متقن کے لئے استعمال کئے جانے والے فریم میں عدسہ معمولی عینک کے فریم کے اعتباراً
سے زیادہ دور ہوتا ہے۔ لہذا جن چشموں کو ہم متقن کے لئے اس فریم میں لگا کر دیکھیں کہ درست ہیں یا نہیں
ان میں ۲۰ بصریہ سے ۳۰ بصریہ تک کا اضافہ زیادہ مفید ہوتا ہے۔ نزدیک کا کام کاج کرنے کے لئے اس چشمہ میں
۴۰ بصریہ طاقت کا اور اضافہ ہونا چاہئے۔ ایسے مریضوں کو آپریشن کے چند ہفتوں کے بعد چھٹے لئے جائیں۔ اس
تاخیر کو دو وجہیں ہیں۔ ایک تو یہ کہ ان کو آرام پہنچنے اور دوسرے یہ کہ ابتدائی ہفتوں میں سدا د بصری کی کیفیت
بہت جلد تغیر ہوتی ہے۔

اگر ایک آنکھ میں عمل جراحی ہو چکا ہو اور دوسری آنکھ میں موتیا بند موجود ہو تو ایسے چشمے لئے جائیں جو
بآسانی اس کے دونوں آنکھوں میں بدلے جائیں یعنی ان میں ایک طرف تو دور کی چیزوں کو دیکھنے کے لئے عدسے
لگے ہوں اور دوسری طرف نزدیک کے کاموں کے واسطے عدسے لگائے گئے ہوں اور جب دور کی شیاؤں کو
دیکھنے کے بعد مریض نزدیک کا کام کرنا چاہے تو عینک کو پلٹ لینے سے نزدیک کی بصارت والے عدسے آنکھ
کے سامنے آجائیں۔

عدسہ نکالی ہوئی بغیر عدسہ کی آنکھ کو تیز روشنی کے مقابل میں کبھی نہ رکھیں ورنہ سرخ بصارت کی شکایت پیدا ہو جائیگی۔

دونوں آنکھوں کی انعطافی طاقت میں تفاوت عظیم
عام طور پر دونوں آنکھوں کی انعطافی طاقت میں ہٹوڑا سا
فرق پایا جاتا ہے بعض اوقات اس کی وجہ سے آنکھ میں کان
کی علامتیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اس کی مختلف قسمیں پائی جاتی

• Anisometropia

ہیں۔ جب معمولی اور خفیف اختل ہو تو بصارت بالعیین (Binocular vision) مشکل نہیں ہوتی۔ اگر فرق کچھ زیادہ
ہو تب تو بغیر مناسب چشمے کے تصحیح ناممکن ہو جاتی ہے اور بغیر چشمے کے مریض صرف ایک آنکھ سے فضا کی اشیاؤں کو دیکھتا ہے
یعنی اس میں یہ غلطی متبادلتاً کہ جس آنکھ سے کام نہیں لیا جاتا یہاں تک کہ اس کا محور باہر کی طرف کو ہٹ جائے۔ اگر

ایک آنکھ کی بصارت طبعی ہو اور دوسری میں قصور ہو تو طبعی بصارت والی آنکھ کو ممکن ہے کہ مرنے کے بعد دوسری آنکھ کی چیزوں کو دیکھنے کے لئے اور قصر بصر والی آنکھ کو نزدیک کے کام کے لئے استعمال کرے۔

علاج

سببالت کو درست کرنے میں مشکلات پیش آتی ہیں۔ ہم یہ بتا چکے ہیں کہ اگر شبیہ کا شبیہ آنکھ سے مقدمہ سکی سٹاپ ہو تو ہر کی شبیہ کی شبیہ شبکیہ پر طبعی بصارت والی آنکھ کی شبکیہ کے برابر ہوتی ہو سکتی ہیں۔ لیکن عملی طور پر شبیہ مقدمہ سکی سٹاپ سے دور رکھ کر استعمال کئے جاتے ہیں۔ سی وجہ سے شبیہ سے شبکیہ کی شبیہ کو بڑا کر دیتا ہے اور شبیہ سے شبیہ چھوٹی ہو جاتی ہے۔ اب یہ سمجھنا آسان ہے کہ شبیہ سٹاپ میں دونوں آنکھوں میں شبکیہ کی شبیہ کے حجم کا تفاوت آپس میں کس قدر زیادہ ہو سکتا ہے۔ مرنے کے لئے یہ ناممکن ہوتا ہے کہ وہ دونوں آنکھوں کی تصاف شبیہ کو ہم مدغم کر سکے۔ اگر وہ ان شبیہوں میں سے ترچھے طور پر دیکھے تو اس کی تکلیف میں اور اضافہ ہو جاتا ہے۔ ایسے مریضوں کو شبیہ دیتے وقت ذیل کی باتوں کا غانا سود مند ہوتا ہے۔

اگر دونوں آنکھوں کے انعطاف میں ہم بصریہ سے کم فرق ہو تو تقصیر کلی کے چشمے مسلسل استعمال کے لئے لے جائیں اور ہفتہ تک بے ناغہ ان کو استعمال کیا جائے۔ اگر اب بھی مریض ن کو برداشت نہ کر سکے تو ممکن ہے کہ جس آنکھ میں نقص کم ہے صرف اس کو دور کی بصارت کے لئے درست کر دینا کافی ہو جائے۔

بارہ برس سے کم عمر مریضوں میں تقصیر کلی کے چشمے مسلسل استعمال کے لئے لے جائیں۔ خواہ دونوں آنکھوں کے انعطاف کا فرق ہم بصریہ سے زائد ہی کیوں نہ ہو۔ زیادہ کمزور آنکھ کو ورزش کرانی جادے۔ جیسا کہ حوالہ (Concomitant strabismus) کی صورت میں کیا جاتا ہے۔ عموماً یہ علاج ناکام ثابت ہوتا ہے۔ دونوں آنکھوں کی بصارت کو درست کرنے کے لئے اس کو اختیار کرنا ضروری ہے۔ یہ علاج زیادہ عمر کے مریضوں میں ہمیشہ ناکام ثابت ہوتا ہے۔

اگر تقصیر کلی کے چشمے مسلسل استعمال کئے جاسکیں تو دونوں آنکھوں میں مصنوعی طور پر اس قدر بصری غنیمت پیدا کریں جس کی مقدار دونوں آنکھوں کے تفاوت سے نصف ہو۔ ایسا کرنے سے مریض نزدیک کا کام کرنے کے قابل ہو جاتا ہے مثلاً اگر کسی مریض کی ایک آنکھ طبعی بصارت والی ہے اور دوسری آنکھ میں ۴ بصریہ کا قصر بصر موجود ہے تو ۱۰ بصریہ والا عدسہ طبعی بصارت والی آنکھ کے سامنے لگا دیں اور ۱۰ بصریہ طاقت والا عدسہ دوسری آنکھ کے

سانے تھوڑے۔ یہاں سے مرضِ نزدیک کا کام آسانی انجام دے سکے گا۔

آنکھ کے انعطافی نقائص کی اصلاح
آنکھ کے انعطافی نقائص کو درست کرنے میں مندرجہ ذیل باتوں کا خیال ضروری ہے۔ بشرطیکہ مرض کی عمر اس سے کم ہو۔

(۱) دور اور نزدیک کی بصارت کا معائنہ کیا جائے بشرطیکہ مرضِ حروفِ تہجی کو چھپاتا ہو
(۲) حدقی رد عمل کا معائنہ کیا جائے۔

(۳) سترہ کے ذریعہ غسل توازن کا امتحان کیا جائے۔

(۴) منظار العین کے ذریعہ قعر عینی کا معائنہ کریں۔

مذکورہ بالا امتحانات کے بعد مرض کی آنکھ میں ایڑوپین کا مرہم لگا دیا جائے مرہم لگانے کے لئے شیشے کی گول اور کندھائی اختیار کی جائے کم از کم تین دن تک روزانہ تین مرتبہ مرہم لگایا جائے۔ پھر جب دوسری مرتبہ مرض آوے تو۔

(۱) آنکھ میں شبکیہ کے امتحان سے انعطافی نقائص کو معلوم کریں۔

(۲) منظار العین کے ذریعہ قعر عینی کا بالتفصیل معائنہ کریں۔

(۳) اس کے بعد مرض کو باہرے جائیں اور اندکاس شبکیہ کے ذریعہ چشمہ کا جو نمبر معلوم ہو چکا ہے اس میں مناسب ترمیم کر کے مرض کی آنکھ میں چشمہ لگائیں اور میٹر کے فاصلے حروف کو پڑھوا کر دیکھیں کہ اب مرض کی بیانی ٹھیک ہوگئی یا نہیں مگر یہ امتحان صرف اس وقت کیا جائے جب کہ مرض حروف کو چھپاتا ہو۔
(۴) مختلف انعطافی خرابیوں کے لئے مذکورہ ہوں کے ماتحت چشمہ کا نمبر لکھ دیں۔

اگر مرض کی عمر ۱۵ سال سے ۲۵ سال تک ہو تو ابتدائی امتحان بعینہً مثل سابق کیا جائے۔ مگر ایڑوپین کا اثر چونکہ دیر تک رہتا ہے اس وجہ سے مرض کو اپنے پیشہ میں تکلیف ہوتی ہے لہذا ایڑوپین کے بجائے ہوم ایڑوپین کا استعمال زیادہ مناسب ہے۔

یعنی جب مرض کی عمر ۲۵ اور ۴۰ سال کے درمیان ہو تو مندرجہ ذیل امور کی پابندی کریں۔

(۱) دور اور نزدیک کی بصارت اور طبی طول بصر کا امتحان کریں۔

(۲) حدقی تعامل کو دیکھیں، اور طقت توفیق کی بہت معلوم کریں۔

(۳) تنویر موری اور نظارہ بین کے ذریعہ مفصل معائنہ کریں۔

اگر مذکورہ بالا امتحانات کے بعد فیضید ہو جائے کہ بعض کی آنکھ میں صرف انعطاف نقص ہے تو آئندہ حسی امتحان کے مطابق عمل پیرا ہوں۔

(الف) اگر بصارت پانچ نمبر ہو، اور اس کے ساتھ جلی خفیف طول بصر بھی ہو نیز آنکھ کے تکان کی علامتیں بہت کم نمایاں ہوں تو صرف جلی طول بصر کی طاقت کا چشمہ دیں۔ (جلی طول بصر جتنے بصریہ کا ہوا اتنے ہی بصریہ کا چشمہ بھی ہو)

(ب) اگر بصارت پانچ سے کم اور طول بصر معدوم ہو مگر ج نمبر آسانی مرضی پڑھ سکتا ہو، خاص کرب بکھتی پڑھنے کے معمولی فاصلہ کے اعتبار سے نزدیک تر ہو تو گمان غالب یہ ہوگا کہ مرضی کو بسیط قصر بصر لاحق ہے لہذا ایسی صورت میں آنکھ میں ہوم ایڈروپین ڈال کر شبکیہ کے انعکاس کا معائنہ کریں اور حسی معائنہ کے بعد چشمہ کا نمبر مقرر کریں۔

بعض ماہرین ناشرہ قدحہ دو اڈالے بغیر پہلے حسی معائنہ پھر نظارہ بین کے ذریعہ معائنہ کر کے دونوں کی تطبیق شبکیہ کے انعکاس سے کرتے ہیں اور اسی پر اکتفا کر کے چشمہ کا نمبر لکھ دیتے ہیں۔ امتحان میں ناشرہ قدحہ دو نہیں استعمال نہیں کرتے۔

(ج) اگر بصارت پانچ سے کم ہو اور کسی قسم کے محدب عدسہ کی مدد سے بھی مرضی پانچ نہ پڑھ سکے یا پانچ کے صرف بعض حروف پڑھ سکے یعنی ترچھے خطوط والے الفاظ مثلاً ح کو وہ نہ پڑھ سکے تو خیال غالب یہ ہوگا کہ مرضی کو سدا دبصر لاحق ہے۔ ایسی صورت میں ہوم ایڈروپین ڈال کر شبکیہ کے انعکاس کا معائنہ کے بعد مرضی کو باہر لائیں اور چشمہ لگا کر امتحان کریں۔

اگر مرضی کی عمر ۴۰ برس سے زائد ہو تو امتحان کا طریقہ بعینہ وہی ہوگا جو ۲۰ سے ۴۰ سال عمر کے مرضیوں کے متعلق بیان کیا گیا ہے۔ مگر اس مرضی کے معائنہ میں بصر شجوخ کا خیال رکھا جائے گا۔ طول بصر والے مرضیوں میں دور کی بصارت پر اس کا یہ اثر ہوتا ہے کہ اگر پانچ کو معمولی حالت میں پڑھ سکتا ہے تو محدب عدسہ کی مدد سے بہت

آسانی کے ساتھ پہن سکیں گے۔ نزدیک کی بصارت پر بصر شہیخت کا جو اثر ہوتا ہے اس کو ہم مفصل بیان کر چکے ہیں۔
 اگر بصر شہیخت والے میں کی دور کی نظر عدسہ کی امداد کے باوجود بھی کسی طرح نہ ہو سکے تو خیال غالب یہ ہوگا
 کہ مریض کو سداجہر ناجی سبب یا کسی اور مرض مثلاً خفی موتیا بند (incipient cataract) وغیرہ کی وجہ سے
 اگر منظر ہمیں — میں نہ کرنا پر سرف سداجہری معلوم ہو تو ہوم ایٹر وپن آنکھ میں ڈال کر (ہمیشہ نیاں رب کہ
 ایسے مریضوں کی آنکھ میں تیرا پین تین نہ ڈالی جائے) معائنہ کرنے کے بعد ایک قطرہ ایسٹرن محلول کا ڈال دیں اور
 انعطافی نقایص کو شبکیہ کے انعکاس کے ذریعہ معائنہ کرنے کے بعد اس وقت چشمہ لگا کر دیکھیں جب کہ ہوم ایٹر وپن
 کا اثر ازل ہو جانے کے بعد میں دوسری مرتبہ معائنہ کے پاس آوے۔

چشمے

Spectacles

بچوں کو بڑے اور کون چشمے دے جائیں کیونکہ وہ چشمے کے اوپر اور نیچے سے
 دیکھ لیتے ہیں۔ بڑی عمر کے مریضوں کو جب سداجہر ناجی ہو تو ان کے واسطے بند ہونے
 والے چشمے کبھی نہ تجویز کریں۔ کیونکہ یہ سداجہر کی حالت میں خصوصیت کے ساتھ نقصان دہ
 ہوتے ہیں۔ صرف نہ بند ہونے والے چشمے دے جائیں۔ یہ ضروری ہے کہ چشمہ مریض کو بالکل ٹھیک ہوتا ہو۔ دور کی بصارت
 کے واسطے جو چشمے تجویز کئے جائیں ان کے عدسہ کا مرکز اور حد قدیمینی کا مرکز دونوں ایک ہی خط میں واقع ہوں اور
 نزدیک کی بصارت والے چشمے کا مرکز ذرا اندر کی طرف ہوتا کہ نزدیک دیکھتے وقت دونوں آنکھوں کے محور ایک دوسرے
 کی طرف کسی قدر جھک جائیں اس کے علاوہ یہ چشمے اس طرح ترتیب دیے جائیں کہ لگانے پر ان کی سطح چہرے کے ساتھ
 ڈگری کا زاویہ بنائے۔ اسی صورت میں یہ چشمے محور بصارت کے ساتھ اس وقت زاویہ قائم بناتے ہیں جبکہ آنکھیں پڑھنے
 کے لئے ایک دوسرے کی طرف جھکی ہوں بعض اوقات ایسے چشمے بھی استعمال کئے جاتے ہیں جن میں ایک ہی شیشے کے اندر
 نزدیک اور دور کی دونوں طاقتیں رکھی جاتی ہیں ان کے اوپر کے حصے میں دور کی نظر کے واسطے اور نیچے کے حصے
 میں نزدیک دیکھنے کے واسطے دو مختلف شیشے لگائے جاتے ہیں بعض اوقات ان کو لگا کر سیڑھیوں پر سے اترنا
 مشکل ہوتا ہے۔ کیوں کہ نیچے دیکھنے پر زمین پر کی چیزیں پڑھنے کے معمولی فاصلہ سے زیادہ دور ہونے کی وجہ سے
 صاف نظر نہیں آتیں۔ ارشاد یہ مقرر جہر میں زمین یا ہوا سے چشمے استعمال کئے جائیں تو زیادہ مناسب ہے مگر مالک
 میں گڑبڑ (Crookes) کے چشمے زیادہ مناسب اور بہتر سمجھے جاتے ہیں۔

امراض لمحات لعین

امراض اجھان

اجھان میں باہر کی طرف بعد اور اندر کی طرف غشا، مخاالی کا جس کو مٹھتے کہتے ہیں، استر ہوتا ہو۔ اس کے ارد گرد کناروں (Margo intermarginalis) کی دہانت تقریباً سہلی میٹر ہوتی ہے اور یہ اندر و باہر بافتوں پر مشتمل ہوتے ہیں۔

(۱) عضلات (۲) غدود (۳) عروق ذمی (۴) اعصاب

یہ سب ساختیں نیچے واصل کے ذریعہ ایک دوسرے سے وابستہ ہوتی ہیں۔ جھان کی اندرونی سطح پر نیچے واصل کی مقدار زیادہ ہوتی ہے اور اس قدر دبیز ہوتی ہے کہ اس کو ٹنڈروف بنی (Tarsus) کہتے ہیں۔ حسیت یا عصبیت نہیں ہے بلکہ نیچے واصل کی ایک موٹی تہ ہوتی ہے۔ جسم کے دوسرے مقامات اور اجھان کی جلد میں صرف یہ فرق ہے کہ اجھان کی جلد پتلی ہوتی ہے اور زیریں نیچوں سے مستحکم طور پر مٹی نہیں ہوتی اس کے اندر شحمہ بالکل نہیں پائی جاتی۔ وپوزیم روئیں کے مانند بال ہوتے ہیں اور اس میں شحمی غدود کے علاوہ سرتی غدود (Sweat glands) بھی پائے جاتے ہیں۔ جنہی کناروں کے مقدمہ حصے پر لمبے بال ہوتے ہیں جو ایک حیثیت سے مقدعین کی حفاظت کا کام دیتے ہیں۔ ان کو مڑگان (پلک) کہتے ہیں۔ مڑگان کے بال چھوٹے مضبوط اور مٹی ہوتے ہیں اور ایک یا ایک سے زائد قطاروں میں جنہی کناروں پر پائے جاتے ہیں۔ ان کے شحمی غدود کی ساخت بھی ان کی طرح مخصوص ہوتی ہے ان غدود کو زائیں کی طرف سے (Zeiss's glands) منسوب کیا جاتا ہے۔ دوسرے شحمی غدود اور ان غدود میں سوائے اس کے کوئی فرق نہیں جاتا کہ یہ لمبائی میں نسبتاً بڑے ہوتے ہیں۔ جنہی کناروں کے نزدیک عرقی غدود پائے جاتے ہیں جو دوسرے غدودی غدود سے زیادہ لمبے ہوتے ہیں ان کو غدود مول (Moll's glands) کہا جاتا ہے۔ یہ مدد مڑگان کے حویض شعری کے بالوں پیچھے واقع ہوتے ہیں اور ان کی قنات غدود زائیں کی قنات یا حویض شعری میں پہنچ کر کھلتی ہے۔ بلا واسطہ بلندی سطح

پر اس کا خاتمہ نہیں ہوتا۔

جفنی آزاد کنا سے کادہ تھو جو مقدم اور موخر کناروں کے درمیان واقع ہوتا ہے اس پر طبقاتی بشری خلیات Stratified epithelium پائے جاتے ہیں۔ جن کی ساخت میں ملتہز اور بلندی خلیات دونوں قسم کی خصوصیات پائی جاتی ہیں جفنی آزاد کنا سے کا مقدم سرگول ہوتا ہے اور موخر سرا جو مقلہ عین کے ساتھ متصل رہتا ہے دھار دار ہوتا ہے جس کی کشش کی وجہ سے رطوبت دہی کو مقلہ عین کے تر رکھنے میں آسانی ہوتی ہے۔ موخر کنا سے سے ذرا آگے کی طرف "قناة غدائی بوہن" نکلتی ہے ان کے اور مقدم کنارے کے درمیان جاکسری رنگ کا باریک خط ہوتا ہے! جھان پر آپریشن کرتے وقت اسی مقام پر ہم جفنی کنا سے کو دو حصوں میں تقسیم کرنے کے لئے شکاف دیتے ہیں۔ کیوں کہ اس جگہ کی ریت واصل بہت ڈھیلی ہوتی ہے۔ اور یہ مقام عضد محیط جفنی اور غضروف جفنی کے درمیان واقع ہوتا ہے۔

غضروف جفنی موٹی اور دبیز ریت واصل پر مشتمل ہوتی ہے۔ اس میں غضروفی خلیات بالکل نہیں ہوتے جیسا کہ ہم پہلے بتائے ہیں اس کا نام غضروف اس لئے رکھا دیا گیا ہے کہ یہ ایک لوح کے مانند ہوتی ہے۔ غضروف جفنی کے اندر بہت بے چغندی خند ہوتے ہیں۔ جن کو غدائی بوہن کہتے ہیں۔ یہ دراصل سیدھی انابیب ہیں جو عموماً دی طور پر واقع ہوتی ہیں ان میں سے ہر ایک جفنی کنا سے پر ایک سوراخ میں ختم ہوتی ہے اوپر کی طرف یہ بند ہوتی ہیں۔ اور ان کے اطراف میں بہت سی انابیب شاخوں کے طور پر پائی جاتی ہیں۔ ان کے اندر غدوی بشری خلیات بھرے ہوتے ہیں جن میں بکثرت شحمی حببت پائے جاتے ہیں۔ تعداد میں یہ عدد ۲۰ یا ۳۰ ہوتے ہیں۔ نیچے کی جفن میں ان کی تعداد کم اور اوپر کی جفن میں زیادہ ہوتی ہے۔

عضد خیمہ جفنی Orbicularis palpebrarum کے ایات جلد اور غضروف جفنی کے درمیان واقع ہوتے ہیں غضروف جفنی کے بالائی کنا سے پر عضد رافترہ جفن علیا (Palpebrae superioris) کے ایات آکر لگتے ہیں۔ اسی کے پند مقدم ایات محیط جفنی کے درمیان سے گذر کر جفنی جلد کے درمیان میں مدغم ہو جاتے ہیں اور موخر ایات ملتہز کے اندر طاق عینی میں داخل ہوتے ہیں۔

عضد مستقیم سفلیہ (Rectus inf) اور عضد مورب سفلیہ (inf Oblique) ان دونوں کے ایات سامنے کو ہوتے ہوئے زیرین جفن کی غضروف اور رباط جفنی میں ختم ہوتے ہیں۔ ان مخطط عضلی ایات کے

۳۔ وہ ہر جن میں غیر مخطط عضلی ایات بھی پائے جاتے ہیں جو عضلات مار سفلیہ و علیہ کہلاتے ہیں۔ عضلات طر کے بانی
حصہ کے ایات عضلہ رافتحہ الجفن سے نکل کر اس کے پیچھے ہوتے ہوئے غضروف جفنی میں مدغم ہو جاتے ہیں اور زیرین
حصہ کے ایات عضلہ مستقیمہ سفلیہ کے پیچھے ہوتے ہوئے زیرین جفن کی غضروف میں پویت ہوتے ہیں۔

بالائی جفن کی شریانیں دو ٹھوس بناتی ہیں جن میں سے ایک کو بالائی اور دوسری کو زیرین قوس کہتے ہیں بالائی
قوس غضروف جفنی کے اوپر کے کنارے اور عضلہ محیط جفنی کے درمیان اور زیرین قوس غضروف جفنی کے نچلے حصے
پر مرثگاں کے حوصلات شری کے اوپر واقع ہوتی ہے۔ زیرین جفن میں شریانی قوس صرف ایک ہوتی ہے جو اس
کے آزاد کنارے کے نزدیک واقع ہوتی ہے۔ ہر جن میں دو دو ویدی شبکے پائے جاتے ہیں جن میں سے ایک موخر
وریدی غضروفی شبکہ کہلاتا ہے جو عینی اور وہیں کھتا ہے در دوسرے ویدی شبکہ غضروف جفنی کے سامنے ہوتا ہے
اور زیرین ویدی وریڈوں میں کھتا ہے۔

اجفان کے حسی اعصاب پانچویں عصب کی شاخیں ہیں، عصب ثلاث کی شاخیں عضلہ رافتحہ الجفن میں پہنچتی
ہیں اور عصب ہفتم کی شاخیں عضلہ محیط جفنی میں اور شریکی اعصاب کی شاخیں عضلات طر میں مدغم ہوتی ہیں مفصل
تشریح اجفان ملاحظہ ہو)

(Hyperaemia) استلاء دموی

(Haemorrhage) نزف الدم

امراض

اوڈیما (Oedema) اجفان کا اگر یہ عام طور پر پایا جاتا ہے بچوں میں التهاب طحہ شری کے ساتھ
خاص طور پر نظام ہر ہوتے ہیں ایٹروپین کی خراش سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔

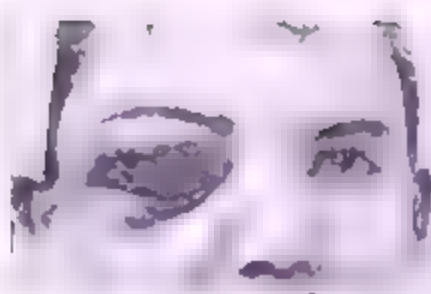
مذکورہ کیفیات فی نفسہ کوئی مرض نہیں ہیں مگر دوسری بیماریوں کے نمایاں عوارض کے طریقہ پر رونما ہوتی
ہیں۔ فاعلی اور مجبولی احتقان دموی Active-passive hyperaemia دونوں پائے جاسکتے ہیں۔ اول الذکر
کی وجہ سے اجفان میں درم اور سرخی پیدا ہو جاتی ہے اور تہج بھی پایا جاتا ہے اور موخر الذکر کی وجہ سے اجفان کا رنگ
انیلیگوں اور وریڈوں میں زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے اس کا سبب یہ ہے کہ مجری وریڈوں میں کوئی رکاوٹ ہوتی ہے
مختلف طفیلی حیوانات مثلاً بھڑ۔ شہد کی مکھیاں وغیرہ کے کاٹنے سے بھی شدید تہج پیدا ہو جاتا ہے۔ گوہری۔ خراج۔

اور جفن کے آتشکی قروح سے بھی تہج رونما ہوتا ہے۔

اوزیما (Ozima) یعنی تہج وہ حالت ہے جس میں الجفن تورم اور دبیز ہو جاتی ہیں اس کی وجہ سے بالائی جفن نیچے کو گری ہوئی معلوم ہوتی ہے۔ تختہ اسین معمولی حالت سے تنگ یا چھوٹا ہو جاتا ہے۔ کبھی آنکھ بالکل بند ہو جاتی ہے۔ الجفن کی حرکت میں کمی آ جاتی ہے اور گناہے حرکات بالکل سدود ہو جاتی ہیں۔ جفنی جلد میں تناؤ کے مختلف درجے پائے جاتے ہیں جب تہج میں کمی آ جاتی ہے تو الجفن پر پٹیشیں نمودار ہو جاتی ہیں۔ اور جلد کا رنگ سفیدی مائل ہو جاتا ہے۔ رنگت ہلکی سرخی مائل یا نیلگوں بھی ہو سکتی ہے بشرطیکہ اس کے ساتھ التهاب بھی موجود ہو۔ ایک آنکھ کا تہج ناک پر سے گذر کر دوسری آنکھ تک پہنچ سکتا ہے۔ بعض اوقات تہج میں انتہائی وجہ کو بھی دخل ہوتا ہے۔ چنانچہ صرف گونا گویا عارضہ التهاب کیس دمی۔ الجھرا۔ التهاب غشاء انظم مجری وغیرہ سے بھی اوزیما نمودار ہو سکتا ہے اور کبھی متعلدین کی دوسری بیماریاں یا التهاب ملتحمہ وغیرہ مثلاً التهاب ملتحمہ حلق و بالائی۔ التهاب سوزاکی۔ التهاب کلیمین یا جوف کھفی کے سدہ یا مرض نیل یا۔ یا مجری ورم فلغونی اور یا کیرسے کورڈوں کے کاٹنے کی وجہ سے بھی پیدا ہوتا ہے۔ عروقی عصبی مشارکت سے اوزیما شاذ و نادر ہی تو ہوتا ہے بعض اوقات اس کا تعلق مستورات کے حیض سے بھی پایا گیا ہے۔ آتشک کے عوارض کے سلسلہ میں شاذ و نادر اور بہت دیر کے بعد اوزیما کا ظہور ہوتا ہے جو آتشک کا مناسب علاج کرنے سے جاتا رہتا ہے۔ مذکورہ چیزوں کے علاوہ طفیلی اجسام بھی اس کا باعث ہوتے ہیں۔

اگر اس میں جفنی ورم صرف ایک طٹ ہو تو آلات ذمی کا غور کے ساتھ موازنہ کرنا چاہئے کیونکہ کیس دمی کے خزانے سے بھی عموماً یہ کیفیت پیدا ہو جاتی ہے اور اگر اندرونی رباہ جفنی کے اوپر تہج ظاہر ہو تو غظم الجبہ کے جوف میں پپ کے پیدا ہونے کا شک ہوتا ہے جب بغیر کسی ظہری سبب کے نمایاں غور پر زیرین جفن پر تہج پایا جائے تو اس کی وجہ جلد یا نیمور کے اندر پپ کی موجودگی ہو سکتی ہے۔ مقامی ورم یا تہج مجری کناروں کی غشاء انظم کے التهاب کی وجہ سے ہوتا ہے جفنی اور ام کے ہر مرض کا منتر نہایت غور کے ساتھ کرنا چاہئے اگر ضرورت محسوس ہو تو ماہر ڈسمر کا آلہ جفنا کو اٹھانے کے لئے استعمال کریں۔ التهاب کلیمین اور غلاف ٹینان (Tenon) کے التهاب صدیدی۔ مجری سلعات یا مجری نیجوں کے التهاب کی صورت میں یہ کیفیت پائی جاسکتی ہے۔ الجفن کا مجبوری ورم یا تہج التهاب الکلی

- (۱) چرت کی وجہ سے آنکھ کا تہیج •
- (۲) دائیں آنکھ کے بالائی جفن کا سلعہ •
- (۳) جفن کو آلت کر دکھایا گیا ہے •
- (۴) اجھان کا انفراٹا •
- (۵) چرت کی وجہ سے زہر جلدی ساختوں میں نزلہ الدم •
- (۶) جفن کا سلعہ لٹھلہ •



یہ قلب کی بیماریوں میں پایا جاتا ہے۔ (Ch. Thickening) کو تہی سے مشابہت پاتی ہے مگر اس میں زیادہ سختی پائی جاتی ہے۔

نزف الدم جفنی بعد پرائن بیماریوں میں رونما ہوتا ہے جن کی وجہ سے عموماً جسمانی جلد میں پایا جاتا ہے نقطہ دموی کے بہت زیادہ ہونے کی وجہ سے زیادہ کھانسی خصوصاً کالی کھانسی۔ سنے، نمرغ کے حصے اور جمجمی قاعدے کے ٹوٹنے سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ جفنی نزف الدم کے ساتھ مقرر میں ہی نزف الدم شروع ہو جاتا ہے۔ زیر عہد نزف الدم ہونے کے بعد اجفان کا رنگ مختلف مزاج تغیرات سے کرنے کے بعد بعد ہی اپنی طبی رکت پر جاتا ہے۔

نزف الدم کی بہت زیادہ شدید حالت میں جی لہان کی ضرورت ہوتی ہے۔ شروع میں ٹنڈی پنی لگانا چاہیے اس کے بعد تحکیمات سے استفادہ کرنا چاہیے۔ اس کے علاوہ مزید ملن کی ضرورت نہیں ہوتی۔

تغیر طبعی رطوبتی ترشحات | عاشیہ جفنی کا سیمان و مٹی حقیقتاً مذک کی رطوبت کی زیادتی ہے۔ اس کو غلظت التهاب عاشیہ الجفن کے ساتھ ہے۔ اجفان پر سرن خون یا نیلہ پسینہ بھی کبھی کبھی دیکھا جاتا ہے۔

التهاب الاجفان | تمام وہ التهابی کیفیتیں جو جلد کے ساتھ متعلق ہیں۔ اجفان میں بھی رونما ہو سکتی ہیں۔ ان میں سب سے زیادہ خطرناک الحماہ ہے کیوں کہ یہ التهاب مجھ کی انسجہ پر محدود ہو کر خطرناک نتائج پیدا کر سکتا ہے اور اس کی وجہ سے شدید التهاب منتشرہ اور مزمن بھیجہ باصرہ بھی لاحق ہو سکتا ہے۔ اس کے علاوہ جوف کفنی (Cavernous sinus) کے اندر سذہ یا التهاب کا پید ہونا بھی ممکن ہے۔

بعض اوقات عقابیل یعنی (Horpe) کو غلطی سے معاکین الحماہ سمجھ لیتے ہیں۔ حالانکہ عقابیل قوی کاصرت ایک طرف ہونا اور وہ بھی صرف جھبی شاخوں کے رہتوں میں ان کا واقع ہونا نیز عقابیل کی مخصوص شکل اگر ان تمام باتوں کو ملحوظ خاطر رکھا جائے تو یہ غلطی نہیں ہو سکتی۔

التهاب حاشیۃ الاجفان | Blepharitis ایک قسم کا مزمن التهاب ہے۔ ابتدا میں صرف بیضا متلاز می کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے۔ مگر یہ حالت اس حالت سے

مختلف ہوتی ہے جو رونے سے پیدا ہو جایا کرتی ہے اسی طرح اس حالت سے بھی یہ جداگانہ ہے جو تبا کو کی صورت
لگنے سے پیدا ہوتی ہے۔ یہ انتہائی حالت زیادہ دیر پا ہوتی ہے۔ اس کا سبب اور علاج وہی ہے جو اس سے شدید
انتہائی کیفیتوں کا ہے۔ صادق التهاب حاشیہ الجفن کی دو قسمیں ہیں۔

(۱) التهاب حاشیہ الجفن یا بس قشر Squamous blepharitis اس التهاب میں جفنی حاشیہ پر سفید قشور اترتا
جفنی کے درمیان جمع ہو جاتے ہیں اور مڑگاں کے بال یا سانی گرجاتے ہیں مگر دوبارہ آسانی کے ساتھ اگ بھی آتے
ہیں۔ اگر ان قشور کو الگ کر لیا جائے تو ان کے نیچے جلدی سطح میں استلار دموی پایا جاتا ہے مگر قروح نہیں مچتے
ہماری خیال میں یہ یک قسم کا دہنی سیلان ہے۔

(۲) التهاب حاشیہ الجفن متقرح Ulcerative blepharitis اس حالت میں نر قشور مڑگاں کو ایک
کے ساتھ چپکا دیتے ہیں اور ان کو الگ کرنے پر ان کے نیچے چھوٹے چھوٹے قروح ظاہر ہوتے ہیں جن سے آسانی
سے خوں نکلنے لگتا ہے یہ قروح جفنی اہاب کے چاروں طرف ہوتے ہیں لپکوں کے بال سانی کے ساتھ گرجاتے ہیں
یا سانی نکالے جاسکتے ہیں اور ایک مرتبہ نکال دینے کے بعد دوبارہ نہیں آگتے۔ اور اگر آگتے ہیں تو عجیب قسم کے ٹیرے میڑ
ہوتے ہیں کیونکہ جو عید شری کو نقصان پہنچ جاتا ہے اس التهاب کی وجہ سے جفنی حاشیہ نرغ ہو جاتا ہے اس میں
خارش ہوتی ہے۔ آنسو بہت نکلتے ہیں اور چونکہ معلوم ہوتی ہے۔

متقرح التهاب کے نتائج خراب ہوتے ہیں اگر ان کا مناسب علاج جلد نہ کیا جائے اور مدت تک جاری نہ
رکھا جائے تو یہ التهاب نہایت نرمن صورت اختیار کر لیتا ہے اور اس کے ساتھ نرمن التهاب ملتحمہ بھی شروع ہو جاتا ہے۔
صادق التهاب حاشیہ الجفن کو پہلی نسبت ضروری ہے خصوصاً اس حالت سے اس کی تفریق لابدی ہو جس میں
ملتحمی رطوبت کے جم جانے کی وجہ سے چمک کے بن آپس میں چپک جاتے ہیں لہذا خیال رکھیں کہ موخر اندک حالات میں جمی
ہوئی رطوبت کو صاف کرنے کے بعد جفنی حاشیہ طبعی حالت میں ہوتا ہے کبھی حاشیہ الجفن کا تقرح گہرا ہوتا ہے جس کی
وجہ سے آخر کار شری جو عید ت بیکار ہو جاتے ہیں۔ اگر یہ صورت موجود ہو تو صرف چند اہاب باقی رہ جاتے ہیں جو
ٹیرے میڑ سے ہوتے ہیں۔

قروح کے اندال کے بعد سفی مذبی سانت سکرٹی ہے جس کی وجہ سے قرب دجوار کے شری جو عیدلات اپنی

جگہ چھوڑ دیتے ہیں یا ٹیڑھے ہو جاتے ہیں۔ اسی وجہ سے پلک کے بقیہ بالوں کی طبعی حالت باقی نہیں رہ جاتی ہے اور وہ ڈیڑھے ہو جاتے ہیں۔ اگر مژگیاں نیچے کی طرف کو ٹیڑھے ہوں تو آنکھ کے چپکے زینس قرنیہ پر رگڑ پیدا کرتے ہیں۔ کبھی یعنی مذہبی ساخت اس قدر بڑھ جاتی ہے کہ جنفی حالت موٹے ہو جاتے ہیں اور اپنے نفل کی وجہ سے نیچے کو گرے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔

مدت تک تقرق کے قائم رہنے کی وجہ سے زیرین جنف کی طبعی حالت کے بدلنے کا زیادہ امکان ہوتا ہے اور یعنی مذہبی ساخت کے سکڑنے کی وجہ سے متحرک و کربابہ کو آتا ہے۔ جنفی حالت کا مؤخر کردہ کیسے دیکھ رہے ہونے کے گول ہو جاتا ہے۔ درہن کی رطوبت کشش میں کم ہو جاتی ہے۔ یہی وجہ ہوتی ہے کہ آنسو اس کے اوپر سے ہوتے نہیں نیچے کو گرنے لگتے ہیں۔ اسی کے ساتھ اگر نقاط دمی کا التواء بھی پیدا ہو جائے تو یہ حالت درہن نمایاں ہو جاتی ہے کیونکہ نقاط دمی جب طبر کے ساتھ ٹھیک طریق پر ملحق نہ ہوں تو آنسو یا رطوبت دمی ان کے اندر داخل نہیں ہوتی۔ بس جس جگہ کے تر رہنے کی وجہ سے آزمیا ہو جاتا ہے اور اس کے بعد جلد سکڑ جاتی ہے اس حالت میں مذہب زہنی اس وجہ سے پیدا ہوتی ہے کہ مریض بیش آنسوؤں کو پونچھتے رہتے ہیں۔ بالآخر دمی التواء جنفی (Ectropion) لاحق ہو جاتا ہے اس وقت آنسو اور بھی زیادہ باہر کو بہنے لگتے ہیں اور یہ حالت دن دن بڑھتی رہتی ہے۔

اس التهاب کے اسباب کی مختلف قسمیں ہیں۔ مگر عموماً ایسے بچوں کو لاحق ہوتا ہے جن کو عرصہ تک خراب درگند مقامات پر جہاں حفظان صحت کی تدابیر غلط ہیں ملائی جاتی ہوں ہنے کا اتفاق ہوا ہو اور وہ بچے بھی اس میں مبتلا ہوتے ہیں جو مختلف اداس شلاً فقر الدم، درہن التهاب، آتشک یا خسرہ وغیرہ کی وجہ سے کمزور ہو گئے ہوں۔ یہ حالت نرسن التهاب ملحمہ کی وجہ سے بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ التهاب ملحمہ پیدا کرنے والا ماحول مثلاً غبار، آلود ہوا، گرمی، رات کو دیر تک جاگنے رہنا یہ سب باتیں بھی اس کا سبب ہو سکتی ہیں بعض اوقات عصارہ زوجیر سے پیدا ہونے والے التهاب ملحمہ کے ساتھ بھی مشارکت کے طور پر یہ التهاب پیدا ہو جاتا ہے۔ عموماً ایسے مریضوں کی میٹھی خراب ہو جاتی ہے اور عینک کا استعمال ضروری ہو جاتا ہے۔ طول بعیر اور سدا بصر کی خاص وجہ امتلاء دمی ہے۔ کبھی طفیلی حیوانات بھی اس التهاب کا باعث ہوتے ہیں۔

علاج متفرق التهاب کا علاج زور دار اور باقاعدہ کرنا چاہئے۔ قشور کو پہلے صابن اور پانی سے دھونا چاہئے اور

اس سے بعد بنی کار بوقت آف سوڈا کے گرم محلول سے نوب دھویا جائے اس غرض کے لئے ۳ فیصدی طاقت والا محلول استعمال کریں۔ ایسا کرنے سے یہ قشور نرم ہو کر آبائی اتر جاتے ہیں۔ ان کے اتر جانے کے بعد جینی شے پر زرد سیالی مرہم لگایا جائے ۱۰ فیصدی طاقت والا اکتھیا مرہم بھی لگا سکتے ہیں مرہم کو لگا کر آہستہ آہستہ مل کر ریزب کروینا چاہئے۔ دن میں تین مرتبہ اسی طریقہ علاج کو استعمال کریں اگر باقاعدگی کے ساتھ علاج کرتے رہیں تو بہت جلد انزال ہو جاتا ہے مگر بقیہ سے عام طور پر اس کو باقاعدہ اور مناسب طریقہ پر انجام نہیں دیا جاتا۔ اسی لئے شفا بھی نہیں ہوتی مرہم لگانے کے متعلق یہ خیال رہے کہ صرف حاشیہ الجھن پر مرہم کا لگانا کافی نہیں بلکہ ضروری ہے کہ آہستہ آہستہ اس کو مل کر جذب بھی کر دیا جائے اور ہنٹ تک مرہم کے ملنے کا عمل جاری رکھا جائے تاکہ جو بیضیات شری تک مرہم کا جذب ہو جائے زیادہ شدید حالتوں میں جب مذکورہ بالا علاج ناکام ثابت ہو تو ۵ یا ۲۰ فی صدی طاقت کا پروٹارگول (Protargol) بخوبی حاشیہ جینی پر ملا جائے یا پہلے حاشیہ جینی کی سطح کو سوڈا آبائی کارب کے محلول سے صاف کر لیں اور اس کے بعد ۲ فیصدی طاقت والا کاسٹک کا محلول لگا دیں یا جنت قلع الشعر Epilation forceps کے ذریعہ جینی اہاب کو نکال دیں۔

اس کے علاوہ وقت بہتر بنانے والی حفظان صحت کی تدبیر کی پابندی کی جائے اگر بینائی کو درست کرنے کے لئے عینک کی ضرورت ہو تو معائنہ کے بعد مناسب عینک دی جائے۔ خدشات کے آخر میں ملاحظہ ہوں۔

حاشیہ جینی کے تشکی قروح
 ابتدائی قرح حاشیہ جینی پر مل سکتا ہے جس کی وجہ سے ہلچل سے ہوتی ہے۔ بوسہ لینے یا کسی غریب شے کو زبان کے ذریعہ آنکھ کے اندر سے کاسٹ کی وجہ سے آنکھ کے اندر سدھری ہو جاتا ہے۔ عموماً ایسا قرح چھوٹا ہوتا ہے جس کے اوپر خفیف فاکسری عوبت (مواد) لگی ہوتی ہے۔ قرح کے قاعدہ میں سختی ہوتی ہے۔ اگر تشکی قرح ہیردنی حقیقہ کے پاس ہو تو "مقدم اذنی غد و لمفاوی" (Pre auricular) حجم میں بڑھ جاتے ہیں اور اگر اندرونی حقیقہ کے نزدیک ہو تو "غد دیمت انگ" (Sub maxillary) پھول جاتے ہیں جو کہ اس رقبہ کے لمفاوی عروق سے وابستہ ہوتے ہیں۔ غد دکا پھولنا۔ درن یا تشک کی طرف معالج کی وجہ کو مبذول کرتا ہے۔ اگر ایسے تمام مریضوں میں جن کے متعلق کسی قسم کا تشک ہو قرح کو کھرچ کر مازنہ تشک کے لئے مواد کا معائنہ اور تعامل واسرمانیہ کے لئے خون کا

- (۱۰۹) اذیہ میں موسم لگائیے کا طریقہ •
- (۱) کہلومل چھڑکے کا طریقہ •
- (۲) دوا تھکائیے کا طریقہ •
- (۱۰۵) الکھاب ملتصہ میں چونڈ کی وجہ سے استہاضہ •





(۷)



احسان کو ہات کو دوا لکھا — یہ احسان کو دوا لکھا • ملکا •



- (١) التهاب حاشية الجفن •
- (٢) قزح •
- (٣) شحمة الجفن •
- (٤) قزح متعدي •
- (٥) سرطان الدم •

امتحان ضرور کرنا چاہئے۔ اگر لفاوی درد کے مادے ہونے سے پہلے تشخیص ہو سکے تو زخم کو کالی طور پر کاٹ کر صاف کر دیا جائے۔ بعد کے مابج میں کیلول کا مرہم نہیں۔ اور عمومی علاج سیسائی مرکبات نیز مایوساں کے ذریعہ شروع کر دیتا ہے۔ بعض اوقات اجفان میں اور مٹنی (Guminata) بھی پیدا ہو جاتے ہیں جن کی وجہ سے اجفان بہت زیادہ دبیز ہو سکتی ہیں۔ اگر اس قسم کا درم صرف ایک ہی ہو تو غلطی سے شیعہ کھن سمجھ لیا ممکن ہے۔ تشکی الہابی خواہر کی وجہ سے غصروف جفنی سخت اور متورم ہو جاتی ہے اور اس کو پلٹا نہیں جاسکتا۔ مقدم اذنی غدد لفاوی پھول جاتے ہیں اور ابتداء آہستہ آہستہ ہو تو ان میں درد کم ہوتا ہے۔ بعض اوقات غدد بہت جلد پھولتے ہیں۔ اور ان میں درد بہت زیادہ ہوتا ہے۔ اور ام صمغی کا علاج کرنے سے شفا بہت جلد حاصل ہوتی ہے۔ خاص کر جب کہ سیسائی مرکبات کے ساتھ۔ یوڈائیڈ بھی دیا جائے۔

بعض اوقات بچوں کے تازہ ٹیکے سے عدوی حاشیہ کھن میں منتقل ہو جاتا ہے اور ایک جفنی کناسے سے دوسرے کناسے میں ساتھ لگے ہونے کی وجہ سے اس کا انتقال بہت جلد ہو سکتا ہے۔ غموتایہ شور بیرونی حقیق کے نزدیک ہوتے ہیں۔ مقدم اذنی لفاوی غدد پھول جاتے ہیں اور ان میں درد ہوتا ہے۔ جفنی سے پورے حالات سننے کے بعد آسانی سے اس کا فیصلہ کیا جاسکتا ہے۔ اجفان کے جدری البقر کا ظہور چمک کے خلاف ٹیکہ لگوانے سے ہوتا ہے۔ ٹیکے سے یا دوسرے لوگوں سے اس کا عدوی اجفان تک پہنچتا ہے۔ ذاتی طریقہ پر بھی اس کا عدوی ہو جاتا ہے۔ طبی تندرست اور ایکزمیوی دونوں جلدوں پر رونما ہوتا ہے اور زیادہ تر اجفان کے حاشیہ پر ہوتا ہے۔ خناق وبائی سے بہت مشابہت رکھتا ہے کبھی حاشیہ جفنی سے ہٹ کر جلد پر بھی پیدا ہوتا ہے اور اس جگہ صدیدی بثرہ کی صورت اختیار کرتا ہے۔ اس کی وجہ سے جفنی متورم ہو جاتی ہے۔ ملتحمہ میں بھی درم پیدا ہو جاتا ہے اور جلد کا رنگ نیلگوں سرخ ہوتا ہے ۸ سے ۱۰ دن کے اندر حالت بہتر ہو جاتی ہے لیکن جب اس کے ساتھ قرونی قروح پیدا ہو جائیں تو دوسری نرابیاں بھی پیدا ہو جاتی ہیں جن کو آئندہ بیان کیا جائے گا۔ جفنی جدری البقر کی تشخیص قروح متصلبہ اور قروح خناق وبائی سے ضروری ہے۔

جفنی غدہ کا التهاب

Inflammation of the glands of the lids

گوہانجی

Hordeolum-stye

گوہانجی غدہ زائیس کا مدیدی التهاب ہے۔ ابتدا میں غدہ پھول جاتے ہیں۔ سخت ہو جاتے ہیں اور ان میں بہت درد ہوتا ہے اور بعض اوقات جفنی سراسب کا سبب متورم ہو جاتا ہے۔ خراج بننے کے بعد کسی ایک بال کی جڑ میں اس کا منہ بنتا ہے۔ جہاں سے پیچھاٹ

ہو جاتی ہے۔ جب تک پیپ نہ خارج ہو درد بہت زیادہ ہوتا رہتا ہے۔ یکے بعد دیگرے بہت سی گوہانجیاں نکلتی ہیں اس کے ساتھ گردن پر ذیل بھی نکل آتے ہیں۔ کبھی کبھی شب چراغ (Carbuncles) یا ثبوت پیدا ہو جاتے ہیں۔ گوہانجی کا نکلنا اس امر کی دلیل ہے کہ جسم کی قوت مدافعت کر دیت غنقویہ (Staphylococci) کے لئے کم ہو گئی ہے عموماً یہ کم عمر بچوں میں ہوتی ہے۔ بعض زیادہ عمر والے اشخاص بھی اس میں مبتلا ہوتے ہیں ایسا اس وقت خصوصیت کے ساتھ ہوتا ہے جب کہ ان کی عام جسمانی حالت کمزور ہو گئی ہو۔ بعض حالتوں میں گھر کے اندر کی خراب مایوں کے بخارات کی وجہ سے جب کہ ان سے گندے پانی کی نکاسی نہ ہو تو یہ پھنسیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔

علاج

ابتداء میں گرم کمادات سے کام لیا جائے۔ سوڈا یا میکارب کا ضاد لگایا جائے۔ مگر جب خراج بن جائے تو اس مقام کا بال نکال دینے سے اس کے اندر کی پیپ خارج ہو جاتی ہے۔ زیادہ بہتر یہ ہے کہ بال ایک شتر سے شکاف سے کر پیپ کو خارج کر دیا جائے۔ یہ یاد رہے کہ شکاف دینے سے اس حالت میں بہت درد ہوتا ہے۔ شکاف دینے کے بعد پیپ کو خارج کر کے خوب گرم بورک وشن کی پٹی لٹکا کر اوپر سے باندھ دیں۔ اگر یکے بعد دیگرے گوہانجیاں پیدا ہوں تو عام جسمانی صحت کو بہتر بنانے کی کوشش کی جائے جب کہ ان کے ساتھ ذیل وغیرہ ظاہریوں تو پیشاب کا محتاط کیا جائے۔ اور خصوصیت کے ساتھ جوان مرضیوں کے پیشاب میں دیکھی جائے کہ شکر نگوری کا خراج تو نہیں ہو رہا گھر کی مایوں وغیرہ کے متعلق تفتیش کی جائے بعض حالتوں میں کیسیم سلفائیڈ Calxaulphurata لپ کرین سے ایک گرین تک مفید ثابت ہوتا ہے۔ خراب حالتوں میں جراثیم غنقویہ کی دیکھیں یا کر استعمل کریں۔ یہ دیکھیں ذاتی جراثیم سے آیا کی جاسکتی ہے یا نہ ہونے دیا جائے۔ خصوصیت کے ساتھ وہاں کے مرکبات اور مقویات کا استعمال Autogenous

رکھا جائے۔ کو نامڈل کیسیم کے انجکشن دئے جائیں اور اوسٹیولین سیال (Ostelin) کے دو قطرے صبح دو قطرے شام دو قطرے دوپہر کو شکر پر ڈال کر دئے جائیں۔

یہ بہت کیا ہے۔ یہ دراصل مائی بومین غدک کا صدیدی استہاب ہے جو بعض اوقات گونا گونی سے ثانوی غدوی کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ مذکورہ بالا حالت

اندرونی گونا گونی

Hordeolum internum

سے زیادہ تکلف دہ ہوتا ہے۔ کیوں کہ یہ غدو بڑے اور سخت ساختوں میں بے ہوتے ہیں۔ اگر ان کے اندر پیپ پیدا ہو جائے تو اجفان کو اٹھنے سے چکنا ہو زرد نقطہ دکھائی دیتا ہے پیپ غدو کے قنات سے یا مخر میں سوانج کر کے باہر خارج ہوتی ہے۔

(علاج)

اس کا علاج بھی وہی ہے جو ماتیل کی حالت کا بیان کیا جا چکا۔ آنکھ میں پیلے کوکین روشن ڈال کر طمرہ کی تحسیر کر لیں۔ پھر جفن کو پٹ کر ٹیک اسی جگہ جہاں پر پیپ ہو شگاف لے دیں اور پیپ کو خارج کر دیں

نصو بات کتاب کے آخر میں ملاحظہ ہوں۔

کیس غصروف جفنی ————— Tarsal cyst ————— کیس

مائی بومین غدو Meibomian cyst . مائی بومین غدو کا مزمن التهاب ہے

شعیرۃ الجفن

Chalazion

اس التهاب میں غدو کے نذر کی اصل یا فتوں کی جگہ انگوری ساخت بن جاتی ہے جس میں خیات عظمیہ پائے جاتے ہیں۔ ہمارے خیال میں یہ التهاب درنی نہیں ہے بلکہ کسی کم سمیت

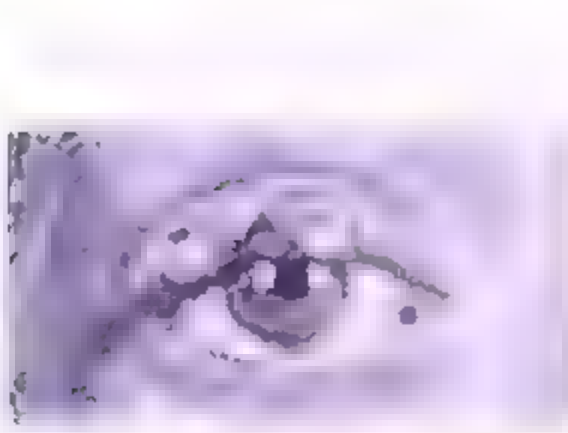
والے جراثیم کی وجہ سے رونما ہوتا ہے جن سے یہ غدو پھول جاتے ہیں اور نہایت آہستہ آہستہ حجم میں بڑھتے ہیں التهابی علامتیں بالکل نہیں ظاہر ہوتیں۔ بعض کسی تکلیف کی وجہ سے نہیں بلکہ صرف اس لئے علاج کے پاس آتا ہے کہ با وضنی دہ رہو جائے۔ اگر شعیرۃ الجفن چھوٹے ہوں تو دکھائی نہیں دیتے مگر اجفان پر انگلی پھیرنے سے صاف معلوم ہوتے ہیں جفن کو پٹ کر دیکھیں تو ماؤف مقام کا طمرہ سرنج یا ارغوانی دکھائی دیتا ہے۔ شاذ و نادر عدد میں شامل ہونے کی صورت میں زرد نظر آتا ہے۔ اگر رنگ فاکسٹری ہو تو اس کے یہ معنی ہیں کہ انگوری ساخت میں نساد

پیدا ہو گیا ہے۔ انگریزی ساخت میں کسی حالت میں زیادہ عروق نہیں پائے جاتے اور آخری درجات میں تو عروق بالکل غائب ہو جاتے ہیں جس کی وجہ سے شیخوں کا تھذیب خراب ہو جاتا ہے اور وہ جلی نامواد میں تبدیل ہو جاتی ہیں۔ ہمارے خیال میں اس حالت میں اس کو کس کمنا زیادہ بہتر ہے۔

خود بخود کلی اندمال ناذ و نادر ہی ہوتا ہے۔ کبھی یہ مواد ملتحمہ سے بانہر کل پڑتا ہے اور رطوبت کا اخراج ہوتا رہتا ہے بعض حالتوں میں انگریزی ساخت صرف غدد کی قنات میں پیدا ہوتی ہے اور یہاں سے باہر کی طرف نیم شفاف خاکستری سرخ رنگ کے عقد کی صورت میں حاشیہ جفتی پر نکلتی ہوئی دکھائی دیتی ہے کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ ایک وقت میں متعدد شعیرۃ الجفن نکل آتے ہیں اور کبھی یکے بعد دیگرے بہت سے ظاہر ہوتے ہیں جو بالوں میں بچوں کے اعتبار سے زیادہ پائے جاتے ہیں۔

علاج | بہت چھوٹے شعیرۃ الجفن کو ویسے ہی چھوڑ دینا چاہئے کیونکہ معمولی تدابیر سے ان کو قابل اطمینان طریقہ پر غالی کرنا بہت مشکل ہوتا ہے۔ بڑے شعیرہ کو البتہ شکاف سے کر خوب صاف کر دینا چاہئے۔ رے کے پہلے آنکھ میں مفیدی طاقت والا کوکین کا محلول ڈالیں جب تک تھذیب کا کل ہو جائے تو جفن کو لپٹ کر شعیرۃ الجفن کا مقام نہایت غور کے ساتھ دیکھیں جہاں پر ملتحمہ کا رنگ بہت زیادہ گہرا اور خراب معلوم ہو وہاں پر کوکین کی دو یا تین قلیں رکھ دیں تاکہ وہ گھٹ جائیں۔ اس کے بعد عمودی شکاف اس کے اندر دیں اور نیم سیاں مواد کو کھرج کر پوری طرح صاف کر دیں۔ خون بہت جلد بند ہو جاتا ہے بعض اوقات پٹی لگانے کی بھی ضرورت نہیں پڑتی۔ تاہم مناسبہ کہ خوب گرم بورک لوشن میں مٹھرونی جھگوڑا اور اس کو خوب بخور کر آنکھ پر رکھیں اور اوپر سے مٹھرونی رکھ کر پٹی باندھ دیں۔ پھر چوبیس گھنٹہ کے بعد کھولیں۔ بعض کو سمجھا دینا چاہئے کہ آپریشن کے باوجود اس مقام پر چند نوں تک درم باقی رہے گا۔ اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ شعیرۃ الجفن کے پاروں طرف سخت غلات ایسا بن جاتا ہے جس میں آپریشن کے بعد خون بھر جاتا ہے اور وہ رفتہ رفتہ جذب ہوتا ہے۔ اگر اس کو اچھی طرح نہ کھرا جائے تو سوراخ میں سے انگریزی سخت باہر نکل آتی ہے اگر ایسا ہو تو اس کو قینچی سے کاٹ دینا چاہئے اور جوف کو ایک مرتبہ اور کھرج دینا چاہئے۔ مگر اس کے قبل یہ ضروری ہو کہ کوکین کے محلول سے کامل تھذیب پیدا کر دیں۔

حقیقت میں کہ نزدیک خصوصیت کے ساتھ سمجھتے ہیں کہ شعیرۃ الجفن پائے جاتے ہیں ممکن ہے کہ یہ ان غدد کے



(۳)

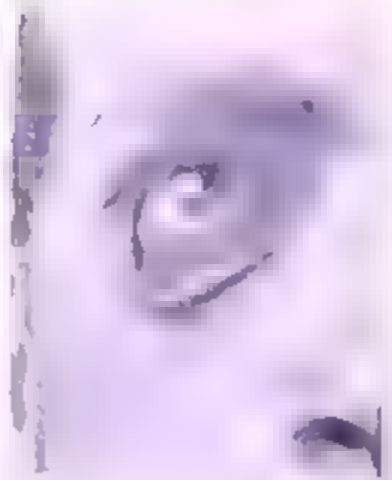
(۲)

(۳) دونوں طرف چائنی
عسلات کا استرخا جس
میں اندرونی عسلات
مستقیمہ • من بہت زیادہ
التفاضی حالت موجود ہے •
(۵) بھرونی التواء چٹائی •

(۱) بالائی چٹائی پر آشک
کے شامی درجہ کے آہے و
لہجہ •

(۲) دورہ صفی مستقیم •

(۳) شعہ مستقیمہ لی وجہ
سے آنکھ بالکل خراب ہو
چکی ہے اور آئندہ سمجھ
ہو گیا ہے •



(۵)

صادق فیروزیت سلمات Adenomata ہوں۔ اس لئے ان کو کھرچ کر صاف کرنا ناممکن ہوتا ہے۔
اگر حاشیہ الجفن کے شعیرہ جفن کا مناسب علاج نہ کیا جائے تو غد کے منہ پر انگوڑی ساخت باہر کو نکل کر خاکسری
سخت قسم کی یعنی ساخت میں تبدیل ہو جاتی ہے۔ اس کو علیحدہ کرنا مشکل ہوتا ہے اور اس کے الگ کرنے کے بعد جفن
کنا سے میں بے قاعدگی پیدا ہو جاتی ہے جس کی وجہ سے بد وضعی رونما ہو جاتی ہے۔

جفنی بدضعیاں

شعر منقلب

Trichiasis

اس حالت میں پلکوں کے بال اندر اور پیچھے کی طرف کمر کر قرنہ کے اوپر رگر کھاتے ہیں جن
کی وجہ سے قرنہ کے اندر خراش پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ حالت چند بولوں میں بھی ہو سکتی ہے
اور اتوار جفنی کی صورت میں تمام پلک کے بال یہی صورت اختیار کر سکتے ہیں غلطی شعر زائد (Congenital
distichiasis) کی حالت میں بھی یہی صورت پیدا ہوتی ہے۔

مذکورہ صورت میں مرضی علتیں یہ ہوتی ہیں کہ مریض ہر وقت نگہ میں کسی شے غریب کی موجودگی کا احساس کرتا
ہے جس کی وجہ سے خراش - درد - احتقان طمحنی - فلکاسی انقباض جفنی اور نگھوں سے پانی کا بہنا قائم رہتا ہے۔ قرنہ میں سطحی
سفیدی اور عروق پیدا ہو جاتے ہیں یہی وجہ ہوتی ہے کہ بار بار قرئی قرئی بھی پیدا ہوتے رہتے ہیں۔
اتوار جفنی پیدا کرنے والی تمام حالتیں شعر منقلب پیدا کر سکتی ہیں۔ جیسا کہ پرنے روسے یا لکڑے کی صورت میں
دیکھا جاتا ہے۔ اس کا سبب زیادہ اور عام سبب اتوار جفنی ہے جو عضلی انقباض کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے جانشیہ الجفن
کے التهاب یا چوٹ وغیرہ سے پیدا ہونے والی یعنی ندبی ساخت - احتراق - خاق و بانی کے قرئی - اور عمل جرجی کے بعد
نتیجے کے طور پر یہ حالت پیدا ہو سکتی ہے۔

علاج

اگر پلکوں کے بال کہیں کہیں انفرادی طور پر اندر کی طرف منقلب ہوں تو ان کو گاہے گاہے نکالتے ہیں۔ یا بجلی
کی رو کے ذریعہ حوصلات شعری کو جلا دینے کے بعد بالوں کو نکال دیں۔ اگر ایک مرتبہ ایسا کیا جائے تو دوبارہ
اس عمل کی ضرورت نہیں پڑتی۔ اس عمل کے انجام دینے میں قطب مثبت کو صدغی جلد پر لگا دیں اور قطب منفی کو جو ایک باریک
تیز سوئی ہوتی ہے۔ حوصلہ شعری میں داخل کر دیں۔ اس کے بعد ۲ ملی ایمپر (Milliamperes) رد کا

استہاں کریں۔ ایسا کرنے سے حوصلہ شری براب ہو جائے گا۔ بال آسانی سے نکل جائیں گے اور آئندہ پھر نہ آئیں گے۔
 برقی رو کا منفی قطب پہنچنے کے لئے طریقہ یہ ہے کہ دونوں سروں کو نمکین سیال میں رکھیں تو منفی قطب کے اندر
 ہائیڈروجن Hydrogen کے بلیسے نکلنے شروع ہوں گے۔ رو کی طاقت گیس کے نکلنے کی رفتار پر منحصر ہے
 مگر یاد رکھیں کہ جراحی عمل بہت تکلیف دہ ہوتا ہے کیوں کہ اس میں درد بہت شدید ہوتا ہے۔ درد کو کم کرنے کے لئے
 حاشیہ انجین نووین (Novocain) کا محلول تلقیح کریں۔ اگر وہ مناسب طاقت کی ہو تو داخلہ کے مقام پر پس
 پیدا ہونے کی وجہ سے جھگ پیدا ہوتا ہے۔ اگر بہت زیادہ بل منقلب ہوں تو عمل جراحی سنا ہے۔ چونکہ اس کا عمل
 جراحی اور التوار جنفی کے لئے جو جراحی عمل کیا جاتا ہے یہ دونوں تقریباً یکساں ہیں۔ اس لئے التوار جنفی کے عمل
 جراحی کے ساتھ اس کو جی بیان کیا جائے گا۔

اندرونی التوار جنفی کی دو صورتیں پائی جاتی ہیں۔ جن کو ذیل میں بیان کیا جاتا ہے۔

(۱) وہ التوار جنفی جو انقباض عضلی کی وجہ سے (Spastic entropion) پیدا ہوتا ہے۔

اندرونی التوار جنفی

Entropion

(۲) وہ التوار جنفی جو یعنی ندبی ساخت کے پیدا ہونے اور سکرٹنے کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے اس کو

(Cicatricial entropion) کہتے ہیں

پہلی صورت التوار جنفی کی عضو محیط جنفی کے انقباض سے پیدا ہوتی ہے۔ مدور الیاف کے انقباض سے نہ صرف
 اجنان کے کنارے ایک دوسرے کے نزدیک آجاتے ہیں بلکہ ان کا التوار بھی رونا ہوتا ہے۔ یہ التوار بیرونی اور اندرونی
 بھی ہو سکتا ہے۔ حقیقتاً اس کا انحصار اس سہارے پر ہے جو نقطہ عین اور مجری نیچوں سے اجنان کو دستیاب ہوتا ہے
 اگر یہ سہارا کم ہو تو اندرونی التوار پیدا ہوتا ہے جن حالتوں میں آنکھیں نکلی ہوں ان میں یہ حالت بہت اچھی طرح ظاہر
 ہوتی ہے۔ اسی طرح جب آنکھ اندر کو دھنسی ہوئی ہو تو جب مجری نیچوں کی کمی ہو۔ خصوصاً جب کہ جلد منفی بھی
 معمول سے زائد ہو تو بھی یہ حالت زیادہ نمایاں نظر آتی ہے اور سن رسیدہ اشخاص میں خاص طور پر زیادہ پائی جاتی
 ہے۔ اسی لئے ان میں انقباضی التوار جنفی عام طور پر ملتا ہے۔

بعض اوقات کس کرچی باندھنے سے بھی یہ حالت پیدا ہوتی ہے فتحہ العین کا چھوٹا ہونا اس کے لئے مدد ہوتا ہے۔

نقباضی التوارحی عموماً زیرین جن کے ساتھ مختص ہوتا ہے

دوسری صورت لمبھی ندبی ساخت کے سکرٹے سے پیدا ہوتی ہے۔ اور روہوں کی صورت میں اس کی شدید حالت کے ساتھ غصروف جنفی کا بھی التوارح پایا جاتا ہے۔

علاج ندرونی، نقباضی التوارحی "گرگس گرپی باندست" کی وجہ سے پیدا ہوا ہو تو پٹی کو گول فیٹے سے یہ حالت درست ہو جاتی ہے اور اگر مقصدین کے اخراج کے بعد رونما ہوئی ہو تو منسہنی، نکھو لگانے سے بعد حالت درست ہوتی ہے۔ نقباضی طور پر اگر سن رسیدہ اشخاص میں پائی جائے تو اس کا عارضی علاج یہ ہے کہ لنت کے ایک ٹکڑے کو لپٹ کر مجھری کے منہ کے ذریعہ اس میں پر پتی باندھ دیں یا جنفن کو باہر کی طرف کھینچ کر حاشیہ جنفی سے ذرا دور کی جگہ پر پھلکڑیں لگا دیں۔ درخشک کر کے جنفن کو چھوڑ دیں۔ پچھلے دنوں پٹے لگ کر اس کے دوسرے سرے کو اس قدر کھینچ کر نیچے رخسار کی جگہ پر چپکا دیں کہ بد وضعی رفع ہو جائے۔ اس کا مستقل علاج عمل جرجی کے ذریعہ ممکن ہے جس کو جرجی، عمال کے سلسلہ میں ملاحظہ فرمائیں۔

باہر کی طرف کو جنفن کا لوٹ آنا بہت سی حالتوں میں ہو کرتا ہے جن کو ذیل میں بیان کیا جاتا ہے۔

بیرونی التوارحی

Ectropion

(۱) انقباضی (Spastic) ندبی ساخت کے سکرٹے کی وجہ سے۔

(۲) Cicatricial (۳) کشیخی (Santia) (۴) استرخانی (Paralytic)

علامات - آنکھوں سے پانی بہتا ہے، اور پتھر کے کھلا سہنے کی وجہ سے مزمن التهاب ملتحمہ لاحق ہو جاتا ہے۔ مرض شدید ہو تو فتوح امین کے پورا بند نہ ہونے کی وجہ سے قرنیہ خشک ہو جاتا ہے، اور اس میں قروح پڑ جاتے ہیں۔

بیرونی انقباضی التوارحی - جنفی انقباض کا نتیجہ ہوتا ہے، جنسوا صاحب کہ اجفان کو مقصد میں کاہنی سہارا ملے۔ اور وہ زیادہ بڑی، ڈھیلی اور آنکھوں کی جلد فاضل نہ ہو تو بہت جلد یہ صورت پیدا ہو جاتی ہے۔ بچوں اور جوانوں میں سے ہر ایک میں یہ حالت پیدا ہو سکتی ہے۔ التهاب ملتحمہ بھری میں خاص طریقہ پر اس کا ذکر کیا گیا ہے اگر یہ بیرونی التوارحی آلی وجہ سے پیدا ہوا ہو تو ملتحمہ بہت زیادہ دبیر ہو جاتا ہے۔ جیسا کہ عموماً صدیدی التهاب ملتحمہ اور روہوں کی حالت میں دیکھا جاتا ہے۔ روہوں کی حالت میں غصروف جنفی بھی ٹیڑھی ہوتی ہے ندبی ساخت کے سکرٹے

کی وجہ سے جو بیرونی التوار جینی پیدا ہوتا ہے اس کے وجہ سے مندرجہ ذیل ہوتے ہیں۔

(۱) چوٹ لگنا (۲) حسرت (۳) قروح (۴) غائقرانا (۵) عمل جرحی کے بعد (۶) مجھری عظام کے ٹکڑے کے بعد۔ اور فرس التہاب ملتئم۔ نیز التہاب حاشیہ جینی کے بعد بھی یہ کیفیت پیدا ہوتی ہے کیوں کہ بعد کے تر رہنے کی وجہ سے اکڑ گیا پیدا ہوتا ہے اور بالآخر بعد کے سکرٹنے کے بعد بیرونی التوار رونما ہوتا ہے۔

شیخوخی بیرونی التوار جینی۔ صرف زیرین جفن میں ہوتا ہے۔ بانٹوں کا ڈھیلا پڑ جانا اور عضلہ قابضہ اکھن کے اندر سنا دکا پیدا ہونا اس کا باعث ہوتا ہے۔ آنکھ سے پانی بہنے اور ملتئم میں التہاب رہنے کی وجہ سے یہ حالت اور بھی خراب ہو جاتی ہے۔

استرخانی التوار جینی۔ عضلہ محیط جینی کے استرخار کی وجہ سے اجفان ڈھیلی پڑ جاتی ہیں اور بیرونی التوار ظاہر ہو جاتا ہے۔ ایسی صورت میں صرف زیرین اجفان میں التوار پیدا ہوتا ہے کیونکہ بالائی اجفان اپنے نقل کی وجہ سے بھی نیچے کو لٹکی رہتی ہیں۔ اس لئے ان کے اندر التوار نہیں پیدا ہوتا۔

علاج | بیرونی القباضی التوار جینی۔ میں کوئی جرحی عمل کام نہیں دیتا۔ بلکہ مناسب پٹی لگا دینے سے بشرطیکہ اور کوئی مانع نہ ہو حالت درست ہو جاتی ہے۔ استرخانی التوار میں بھی پٹی لگانا چاہئے مگر اس میں اس وقت تک فائدہ نہیں ہوتا جب تک کہ اعصاب کی طاقت دوبارہ نہ عود کر آئے۔ شیخوخی التوار کی معمولی حالت میں عمل جرحی سے فائدہ ہوتا ہے لیکن آنکھ سے پانی بہنے کا علاج صرف یہ ہوگا کہ قناتہ دمی کو شکاف سے کرکھول دیا جائے۔ ان تدابیر کے علاوہ یہ ضروری ہے کہ مریض کو ہدایت کر دیں کہ وہ آنسوؤں کو پوچھنے میں آنکھ کو نیچے کی طرف نہ کھینچے۔ مذکورہ حالت کے واسطے متعدد قسم کے اعمال جرحی بتائے گئے ہیں لیکن ہم صرف سادہ عمل جرحی کو جرحی عملیات کے سلسلہ میں بیان کریں گے۔

التصاق ملتئم جینی و ملتئم مقلی | اس التصاق کی وجہ سے مقلہ میں کے ساتھ اجفان ملحق ہو جاتی ہیں۔

Symble pharon

دو غشائی سطحوں پر زخم پیدا کرنے والی تمام حالتیں بشرطیکہ اندام کے زمانے میں دونوں غشائی سطحیں آپس میں ملی رہیں۔ التصاق پیدا کر دیتی ہیں بصریاتی جرحی یا دوائی نیسیز خناق، باقی کی وجہ سے قروح پیدا ہو جاتے ہیں۔ اعمال جرحیہ اور التصاقی مقامات

میں یعنی ساخت کی پیدائش۔ یہب التصاق کے اسباب ہیں۔ اگر قریب کے اوپر قریب ہوں اور میں مذکورہ حالت پیدا ہو جائے تو قریب بھی باؤف ہو سکتا ہے۔ یعنی ندبی ساخت کے ریشے کافی چوڑے اور ملحق طاق تک پہنچے ہوتے ہیں ان کی وجہ سے گویا جن جن کا بہت بڑا حصہ مقلعین سے ملحق ہو جاتا ہے۔ اس حالت کو موز التصاق جنفی و مقلعین (Symblepharon posterior) اور اگر لسانی ساخت کے یہ ریشے سامنے کے حصے میں ہوں تو ان کی وجہ سے جو التصاق پیدا ہوتا ہے اس کو مقدم التصاق جنفی و مقلعین (Symblepharon anterior) کہیں۔ تصاقی حالت کلی بھی ہوتی ہے جس میں ساری کی ساری جن جن مقلعین سے ملحق ہوتی ہے اور ایسی تکلیف دہ بھی ہو سکتی ہے کہ آنکھ بالکل بند ہو۔ اگر اس حد تک نوبت پہنچ جائے تو دوسری تکلیف کے پیدا ہو جانے سے آنکھ کے تباہ ہو جانے کا خطرہ بڑھتا ہے۔ علاج۔ منظم مقدم کی تدابیر پزل درآمد ضروری ہے۔ اگر یہ حالت پیدا ہو جائے تو جراحی عمل کو کام میں لیا جائے مقدم جنفی و مقلعین التصاق کا علاج آسان ہے یعنی ملحق ساختوں کو کاٹ دیا جائے اور دوبارہ التصاق کو پیدا ہونے سے روکا جائے۔

اگر یہ لسانی ریشے چوڑے ہوں اور موز التصاق جنفی و مقلعین موجود ہو تو جن جن کو مقلعین سے الگ کرنے میں مشکل پیش آتی ہے۔ جن کو علحدہ کرنے میں اس امر کا خیال بہت ضروری ہے کہ کہیں آنکھ کے اندر سوراخ نہ ہو جائے۔ ایک مرتبہ التصاق کو الگ کر دینے کے بعد دوبارہ اس کے پیدا ہونے کو روکنا ایک مشکل امر ہے جس کی ترکیب صرف یہ ہے کہ دونوں سطحوں پر غشائی ترعیق کر دی جائے اس مقصد کے لئے خرگوش یا مینڈک کی غشاء مخاطی بھی مناسب ہے۔

التصاق اشعار الایجنان
Ankyloblopharon
دونوں جن جن کناروں کے التصاق کو التصاق اشعار الایجنان کہتے ہیں۔ یہ قطعی طور پر یا احتراق کے بعد نتیجتاً پیدا ہوتا ہے جزی اور کلی اس کی دونوں حالتیں پائی جاسکتی ہیں۔ کبھی اس کے ساتھ جنفی و مقلعین التصاق موجود ہوتا ہے۔

علاج۔ اس کے علاج کا انحصار جنفی و مقلعین التصاق کی وسعت پر ہے۔ اگر جنفی و مقلعین التصاق بہت زیادہ ہو تو جراحی عمل نہیں ہو سکتا۔ دوسری صورتوں میں علاج یہ ہے کہ جن جن کناروں کو الگ کر کے ان کو ایک دوسرے سے الگ رکھا جائے اور ساتھ نہ ملنے دیا جائے۔ اگر جن جن کناروں تک التصاق پہنچ چکا ہو تو اس مقام پر آپریشن کے بعد عمل ترعیق کرنا ضروری ہے، ورنہ دوبارہ پہلی حالت عود کر آئے گی۔

ضیق لعین

By Lagophthalmos

عین میں آنکھ کی وہ حالت ہے جس میں فتحہ لعین بیرونی حقیقہ پر سکرانہوا معلوم ہوتا ہے۔
 فتحہ لعین فتحہ لعین ہی حالت ہے۔ مگر اس جگہ جلدی چپٹ پائی جاتی ہے۔
 جس کی وجہ سے بیرونی حقیقہ نمایاں نہیں ہوتا۔ یہ جلدی چپٹ اس مقام پر عرصہ تک
 ارمیا کے رہنے کے پیدا ہو جاتی ہے۔ آنکھ سے پانی بہتا ہے اور اس تک انقباض یعنی کئے قائم رہنے کی وجہ
 سے اس مقام پر جلد سکر چپٹ کی صورت اختیار کر لیتی ہے۔ یہی فتحہ لعین کے چھوٹا ہونے پر بھی ضیق لعین کا علل
 کیا جاتا ہے۔ فتحہ لعین کی یہ حالت غلطی بھی ہو سکتی ہے۔

علاج۔ بااوقات اس کے علاج کی مصلحت ضرورت میں ہوتی کیونکہ اسباب کے غائب ہونے کے بعد
 ضیق کی حالت بھی رہتی ہو اور کبھی علل کی ضرورت موزی ہو اور عمل بخیر رہتا ہے۔

عدم انقباض عین وہ حالت ہے جس میں آنکھ بند کر کے فتحہ لعین پوری طرح بند نہیں ہوتا
 اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ اندنی سائنس کے سکرے سے یا غلطی بد وضعی کی وجہ سے انقباض
 جھوٹی ہو جاتی ہے۔ بیرونی اتو رجینی عضلہ قابض جن کے استرخا بخوٹا عین
 مجری سعات کی وجہ سے بھی حالت پیدا ہو سکتی ہے۔ بانٹوں کے ذمیل پرنے اور انوکھائی رد عمل کے غائب ہونے
 سے بھی یہ حالت پائی جاتی ہے جیسا کہ سکرے موت کے وقت کچھ آپ ہے۔ آنکھ کے کھلا ہونے سے قرنیہ میں ٹیس
 لاحق ہوتا ہے یا قرنیہ میں التهاب پیدا ہو جاتا ہے (اس کا علل التهاب قرنیہ کے ماتحت بیان کیا جائے گا)

عدم انقباض عین

Lagophthalmia

جنم اعلیٰ کی استرخائی حالت کا نام ہے جس میں بامانی جنم نیچے کو گری ہوئی معلوم
 ہوتی ہے عضلہ رافٹہ کبجن علیا کے استرخا یا اس عضلہ کی تلوینی خرابی کے علاوہ جنم
 کے موٹا اور بھاری ہونے سے بھی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے اس کی جزئی اور کلی دونوں
 حالتیں ہو سکتی ہیں اور ایک یا دونوں طرف پائی جاسکتی ہیں۔ بہت زیادہ نمایاں حالت میں جنم نیچے کو گر پڑتی ہے جس کی
 وجہ سے حد عین آدھا یا بالکل بند ہو جاتا ہے اور بصارت میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے مریض اس خیال سے کہ وہ آنکھ سے کچھ دیکھ سکے
 اپنی پیشانی کے عضلات کو سکڑاتا ہے۔ آنکھ کے عضلہ مستقیمہ بغلیہ کو نیچے گراتا ہے۔ اگر استرخا جزئی حالت میں ہو تو اس طرح
 کرنے سے نرت ہو جاتا ہے اور حالت زیادہ نمایاں اور ظاہر ہوتی ہے جب کہ مریض سے اوپر کی طرف دیکھنے کو کہا جائے۔

استرخا رجین اعلیٰ

Ptosis

اور اس کی وجہیں ہوں، گوپتی جگہ پر قہر کی ہے، یعنی استرخا خلقی کے علاوہ اکت بی بھی ہوتا ہے۔
 تمدنی استرخا جن اعلیٰ کی وجہ سے کہ عضد، فعتہ جن سیا کی مکمل نشو و نما نہیں ہوتی تھی استرخا دونوں طرف
 پایا جاتا ہے اور موروثی ہوتا ہے اس کی موجودگی میں وہ کی طرف آنکھ کی حرکات میں کمی پاتی ہے کیونکہ عضد
 رافعتہ جن علیا کا وہ حصہ جو طاق میں مدغم ہوتا ہے۔ مغفود ہوتا ہے اور بلبری طور پر اس کے ساتھ عضد مستقیم
 علیا نے عصاب میں خرابی پائی جاتی ہے۔

اکتبی استرخا جن ایک طرف پایا جاتا ہے عصب ثلث کے استرخا کی وجہ سے یہ حالت دوسری علامات
 کے ساتھ ظاہر ہوتی ہے ایک آنکھ ر جن اعلیٰ کا استرخا، دماغی مرکز عصب ثلث میں دماغ کی موجودگی کے سرنگم
 یا کسی قسم کے ضرب و صدمہ سے جب عصبی الیاف یا ان کے عصاب کو صدمہ پہنچ جائے تو اس وقت پیدا ہوتا ہے۔
 ردھیمی دروسہ میں اجنان کے بھاری ہا کر گر پڑنے سے یا سدمات کی موجودگی یا ضرر عین میں جب مقلد عین
 غائب ہو تو اجنان کو سہارا نہ ملنے کی وجہ سے یہ حالت پیدا ہو سکتی ہے۔

جن اعلیٰ کی استرخا کی حالت مقلد عین کی وضع کے ساتھ بدل سکتی ہے۔ جب باہر کی طرف آنکھ دیکھ رہی ہو
 تو اس وقت یہ حالت بہت زیادہ نمایاں اور جب اندر کی طرف دیکھ رہی ہو تو اس وقت بہت ہی خفیف پائی جاتی ہے
 خلقی اور اکتبی دونوں حالتوں میں جب جبرے کو ایک ساتھ ملائیں تو جن، اوپر کو اٹھتی ہے جیسا کہ منہ میں لقمہ چاہے
 وقت ہوتا ہے مگر اوپر کی طرف دیکھنے میں جن بالکل حرکت نہیں کرتی۔ اس کی بہ حرکت شرکی ہوتی ہے۔

علاج | عصب ثلث کے استرخا کی حالت میں سبب کو رفع کرنے کی کوشش کی جائے، چونکہ آتشکی حالتوں
 میں یہ عصب بہت عمومیت کے ساتھ ہوتا ہے، اس لئے آتشکی حالت کا مناسب علاج بھی وقت

مخفیہ ثابت ہوتا ہے۔ نامکن العنان، استرخا، یا خلقی یا استرخا میں مدد عمل جرجی مفید ہوتا ہے۔ کلی استرخا میں مل
 جرجی کچھ کام نہیں دیتا کیونکہ اس میں باہر کی طرف آنکھ کا محور ہٹا ہوا ہوتا ہے۔ اگر جن کو اوپریا جائے تو دماغ کو ہر چیز
 دیکھائی دیتی ہے اور اگر عمل جرجی کے ساتھ اندرونی عضد مستقیم کو چھوٹا کر دیا جائے تو یہ زوجی مینائی (Diplopia) کم
 ہو جاتی ہے مگر یہ حالت اطمینان بخش نہیں ہوتی جرجی اعمال سے استرخا کی حالت بہتر ہو جاتی ہے مگر سنسنی زدہ نہیں تو جس کی
 وجہ سے کہ معمولی حالت میں جلد کا ایک پسٹیکرا مع نیچے کے عضلی ریف کے ساتھ کیا جاتا ہے اس سے مدد ملتی

اسٹریٹ جین اٹلی کے لئے تجویز کردہ تمام اعمال جرحہ میں سے ماہر (Hess) کا آپریشن سب سے بہتر ہے
جرمی علیات کے سلسلہ میں ملاحظہ ہو۔

آفات و ضربات جفان

Injuries of the lids

مختلف اقسام کے آفات و حوادث جفان کو پہنچتے ہیں۔ مثلاً چوٹ۔ جروح۔ احتراق
وغیرہ۔ ان سب کا علاج عام اصول کے مطابق مناسب ہوتا ہے۔ لیکن ذیل کی تین
حالتوں میں خاص طور پر غور کرنے کے بعد علاج کرنا چاہئے۔

(۱) جفنی جلد کے جروح (۲) بھری ہڈیوں کے ضربات و صدمات (۳) منقلہ عین کو نقصان پہنچنے کی صورت میں
وہ جروح جو غنسلہ قابضہ الجفن کے ریشوں کی سمت میں واقع ہوں۔ زیادہ نہیں کھلے رہتے اور جلد مندمل
ہو جاتے ہیں۔ ان کے اندمال کے بعد نمایاں طور پر کوئی نشان بھی باقی نہیں رہتا۔ اس لئے جہاں تک ممکن ہو اعمال جرحہ
کے لئے شکاف کا رخ بھی یہی ہو۔ عمودی جروح یا زخم کا منہ بہت زیادہ کھلا رہتا ہے اور ان کے اندمال کے بعد بالی
سخت کے سکڑنے کی وجہ سے بد وضعی نمایاں ہو جاتی ہے بعض اوقات بیرونی التواء بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ خصوصیت
کے ساتھ یہ التواء اس وقت زیادہ پیدا ہوتا ہے جب کہ جلد نیچے کی ہڈی کے ساتھ طعق ہو جائے۔ جن زخموں میں
عمودی طور پر جفن بالکل کٹ جاتی ہے وہ زیادہ تکلیف دہ ہوتے ہیں۔ اگر یہ بغیر پپ ٹریپے ہوئے اچھے نہ ہوں تو
جفنی کنا سے میں ایک دندانہ سا نمودار ہو جاتا ہے۔ جس کی وجہ سے بد وضعی۔ عدم انغماض عین کی حالت اور آنکھ سے
پانی کا بہنا شروع ہو جاتا ہے۔ ان زخموں سے اگر قناتہ دمی بھی کٹ جائے تو خاص احتیاط کا خیال رکھیں۔

مجھ کے چاروں طرف کی ہڈیوں کی ضرب کا صدمہ اس کے کنا سے تک محدود رہ سکتا ہے اور کسی دوسرے
حصے میں بھی پہنچ سکتا ہے۔ کنا سے کی ہڈیوں کی کسر کو پہچانتے کے لئے جس کو کام میں لاویں اور معائنہ کریں
معائنہ میں اونچا۔ نیچا ہونا۔ بے قاعدگی اور خشخشتہ ہنایت آسانی سے معلوم ہو سکتا ہے۔ ایسی کسر کی بعض صورتوں
میں جلد کے نیچے ہو ابھر جاتی ہے۔ جس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ زیر جلد انفی خلا کا تعلق انفی ہوائی جو فوں سے ہو جاتا
ہے اور ناک کو زور سے صاف کرتے وقت ہو اغشاء منافی کے نیچے پہنچ جاتی ہے۔ چھینکے اور کھانسنے یا اُدکھنے سے بھی
یہ کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ ان صورتوں میں مقام ماذن پر درم ہوتا ہے اور نرم خشخشتہ یا تھول کو محسوس ہوتا ہے

۱۱۰

۱۱۱



(۳)

- (۱) بانہن آنکھ کی جھن اعلیٰ کا استرخاء •
- (۲) مستوحی جھن کو انکونہ سے اونہاکو دکھایا گیا ہے •
- (۳) ایک خاندان کے تمام افراد میں جھن اعلیٰ کا استرخاء •

مجھری ہڈیوں کی کسر کی وجہ سے بعض اوقات مقلعین پیچ کی طرف کو کھینچ جاتا ہے۔ کبھی یہ کسر بھی اساسی ہڈیوں کے کسر کے ساتھ مشارکت کے طور پر پیدا ہوتا ہے۔ موزانہ کر حالت میں ثقبہ بصری ماؤف ہوتا ہے جس کی وجہ سے عصب یا سرہ کٹ جاتا یا دب جاتا ہے۔

آفات مقلعین | مقلعین کی آفات میں تشفیں اور علاج کا خاص خیال رکھیں۔ اجفان کی آفتوں میں مقلعین کا معائنہ بالکس غور سے کریں۔ اگر انکے کو کوئی صدمہ پہنچا ہو تو تو ترعین کم ہو جاتا ہے جس کے معنی یہ ہیں کہ مقلعین میں کوئی سوراخ ہو گیا ہے۔ اگر نرف الدم زیادہ ہو اور بہتج بھی زیادہ پایا جائے تو معائنہ مشکل ہوتا ہے۔ ضرورت محسوس ہو تو تحذیر عمومی کے ذریعہ مرض کو مبوش کر کے اجفان کو ہٹانے والے کی مدد سے معائنہ کریں۔

آنکھ کا کچل جانا۔ رض (Contusion) بعض اوقات بظاہر زیادہ خطرناک ہوتا ہے۔ کیونکہ اجفان اور منقر میں درم اور زیر جلد نرف الدم بہت زیادہ ہوتا ہے۔ ہر حالت میں اندازہ مرض کے متعلق غور و فکر کے بعد اپنی رائے کا اظہار کرنا چاہئے۔ کیونکہ صحیح طریقہ پر نقضان کا اندازہ مشکل سے لگتا ہے۔

علاج۔ معمولی چوٹ جس کے ساتھ جلد نرف الدم ہو اس کا علاج صرف ٹھنڈی پٹی لگانے سے ہو سکتا ہے مگر کو معمولی بویک لوشن سے دھویا جائے اور اجفان کے کناروں پر بورک مرہم لگا دیا جائے تاکہ وہ آپس میں چپکنے سے محفوظ رہیں۔ زیر جلد ساختوں میں اگر ہوا بھری ہو تو کس کریشٹ باندھ دیں۔ زور لگانے۔ ناک کو صاف کرنے وغیرہ کے متعلق منع کر دیں۔ زخم کو خوب اچھی طرح سطر اور دافع عکسہ محلول سے صاف کریں اور ٹائیکے لگا دیں۔ اگر قناتہ ہی کہیں سے کھل گئی ہو تو اس کو پوری طرح کھول دیں۔ ندبی ساخت کی پیدائش سے پہلے اگر ایسا نہ کیا جائے گا تو بعد میں قناتہ دمی کے کھولنے میں تپش آئیگی۔ کٹے پھٹے زخموں کی صورت میں اندمال کے بعد خراب نشانات باقی رہتے ہیں اور اجفان بھی بد وضع ہو جاتی ہیں۔ ان کا علاج عمل ترقیع سے کیا جائے۔ اگر کوئی خراج پیدا ہو جائے تو شکاف دے کر اس کو صاف کر دیں۔ اور عام جرحی صول کے ماتحت اس کا علاج کریں۔

جفنی سلعات

Molluscum

Contagiosum

غیر خبیثہ جفنی سلعات | آنکھ کی حولی جلد میں ثقبہ صفراوی (Xanthelasma) | ہام متعلقہ

حقہ درزیہ بنیہ، ثوبوں (Wartn) خال متون (Naevus) اور دموی لغادی یا عروقی (Angioma) وزن کے علاوہ جلد کے غدودی سلمات عام طور پر پائے جاتے ہیں۔ سن رسیدہ اشخاص کی پنوں کے باہر میں چھوٹی مصفی کیا س بھی پائی جاتی ہیں جن کی وجہ یہ ہے کہ غددوں کے اندر رطوبت رُک جاتی ہے۔ اگر ان کیاس کی جھلی کو الگ کر دیا جائے تو یہ غائب ہو جاتی ہیں۔

تنگہ کی حولی جلد میں بقعات صفراوی۔ اندرونی حقیق کے نزدیک بالائی، زیرین جنین پر جلد سے کسی قدر بھرے ہوئے زرد رنگ کے بقعات پائے جاتے ہیں بعض اوقات دونوں طرف ایک ہی مقام پر ہوتے ہیں۔ سن رسیدہ مستور میں زیادہ ملتے ہیں۔ آہستہ آہستہ بڑھتے ہیں ان کی وجہ سے جو بدنائی پیدا ہوتی ہے وہی ان کے علاج کی داعی ہوتی ہے۔ زیر جلد نو دین کی متبع کر کے ان کو الگ کر دینا چاہئے یا کمر بانی رُوسے جلایا جائے یا ریڈیم سے تشعیر کر دیا جائے۔

بلاام متعذیبہ۔ یہ چھوٹے سفید آٹھے ہوئے سلمات ہوتے ہیں اور ایک ہی وقت میں متعدد ہو کر تے ہیں ان کو گرہ پایا جائے تو ان کے اندر سے دہنی رطوبت خارج ہوتی ہے۔ علاج ان کا یہ ہی کہ شگاف لے کر ان میں سے دہنی رطوبت کو خارج کر دیا جائے اور اس کے بعد فحش کا شک لگایا جائے۔

رنگ دار خال متون۔ اجفان کے کنارے پر پایا جاتا ہے۔ اس میں جلد و نغمہ دونوں شامل ہوتے ہیں کبھی دونوں اجفان پر ایک ہی مقام پر پایا جاتا ہے جس کا مطلب یہ ہے کہ یہ اس وقت پیدا ہوا ہے جب کہ جنین کی دونوں اجفان ایک دوسرے سے جڑی ہوئی تھیں نور دینی معائنہ سے اس کے اندر خاص قسم کے خلیات ملتے ہیں جو حویلی صورت میں منظم ہوتے ہیں بعض اوقات زندگی کے آخری حصص میں یہ خال سلمات خبیثہ کی طرف بھی منتقل ہو جاتے ہیں۔

ورم دموی۔ کفنی اور بیض اس کی دو قسمیں ہیں۔ سبب ورم دموی کا رنگ شونخ سرخ ہوتا ہے اور اس کے اندر عروق شری کا بال پایا جاتا ہے کفنی ورم دموی کے اندر ویدی حوت پائے جاتے ہیں جو ایک دوسرے سے متصل ہوتے ہیں یہ دراصل زیر جلدی ساخت ہے جو تسلسلی شیچوں سے بنتی ہے۔ غموٹا یہ اور ام قادی ہوتے ہیں اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ بڑی تار پر پایا تم کہ سلفوف ہر جلد کے اندر سے ان کا رنگ نیلگوں نظر آتا ہے۔ یہ غیا پر نے در روئے کے وقت حجم میں بڑھ جاتے ہیں۔ علین ان کا یہ ہے کہ سبب ورم دموی کو بشرطیکہ بہت چھوٹا ہو

کاٹ کر لگ کر دیا جائے۔ رہبانک ایڈنگیس کی برف سے جلد یا بھیجا جاتا ہے۔ بھگی کی دسے سے کوئچہ ہنی کر سکتے ہیں دونوں طریقہ، علاج کے بہترین ہیں

کھنی ورم و موئی۔ جوانوں میں بہت کم پایا جاتا ہے۔ یہ وہ اس کا علاج بچپن میں کر دینا ہے اور کبھی بزرگی میں علاج کے خد بخود یا چھڑے کے دبیز ہونے کی وجہ سے غائب ہو جاتا ہے

سرخ اس کا یہ ہے کہ اس کو مٹھ کی طرف سے کال کر نکالیں اور ورم یہ جو تو کہ ہیں سے نچھڑا لیں بعض بہن کہتے ہیں کہ کہانی رو سے منجھ کر سنے کے بعد انتہا کریں۔ اگر اس مقام پر وہ پھینک دیا جائے تو پشیم کر کے اس کو الگ کر دیں۔

ورم و موئی لمفاوی۔ بہت کم جفان میں پایا جاتا ہے۔ بن رسیدہ شخی میں اس کی جگہ کے اوپر دونوں طرف ایک ہی جگہ پر متورم نرم مقام، کھنی، یا سب سے بڑی ریشہ کی ایک جگہ پر ہوتا ہے صفاتی علاج کے اندر سے یہ شخی ورم مجھری شخم کے ساتھ متصل معلوم ہوتا ہے۔

ساعات خبیثہ | ساتھ سرطانیہ و لحمیہ۔ ساتھ سرطانیہ زیادہ عام ہے۔ ساتھ خبیثہ بشریہ ان مقامات پر عام طور پر پایا جاتا ہے۔ جہاں خبیثات بشریہ ایک قسم سے دوسری قسم کے خبیثات میں تبدیل ہوتے ہیں۔ اسی لئے یہ ساعات اجفان کے آزاد کناروں پر شروع ہوتے ہیں۔ ان ساعات کے مرض بن رسیدہ ہوتا ہے اس میں کان کے سامنے کا لغاوی غدہ پھول جاتا ہے اور اگر اندرونی حقیقہ کے پاس یہ رسولی ہو تو تحت الغلاب غدہ پھولے ہیں۔ کبھی کبھی ایسا بھی دیکھ گیا ہے کہ جفنی غدوں سے کسی کے اندر سرطانی ساتھ شروع ہو گیا ہے۔

بشری ساتھ خبیثہ میں سے سب سے زیادہ عام قرصہ اکادہ، Rodent ulcer ہے جو خصوصیت کے ساتھ اندرونی حقیقہ پر ظاہر ہوتا ہے اس کی ابتدا پھوٹی سی پھنی سے ہوتی ہے۔ اس پھنی کے پھونے کے بعد قرصہ نمودار ہو جاتا ہے۔ اگر اس کے اوپر سے کھر نڈا اٹا جائے تو نیچے سے قرصہ کے کنارے متورم، نئے ہوئے سخت معلوم ہوتے ہیں۔ چاروں طرف لگری ساختوں میں یہ قرصہ نہایت آہستہ آہستہ پھیلتا اور بڑھتا ہے۔ اس کے قریب جوا کی ساختیں مثلاً اجفان، مجھری ہڈیاں وغیرہ آہستہ آہستہ برباد ہوتی جاتی ہیں۔ یہ رسولی مقامی طور پر خبیث ہوتی ہے۔ کسی دوسری جگہ منتقل نہیں ہوتی۔ اس میں لمفاوی عروق ماؤٹ نہیں ہوتے۔ اس

کے قرص کے بڑھنے کا سلسلہ برسوں تک جاری رہتا ہے

سلسلہ نسیبہ لحمیہ بہت کم پایا جاتا ہے۔ اگر پایا جاتا ہے تو اس کے خلیات گول یا مغزی ہوتے ہیں۔ بلوک اور غیر بلوک ہی ہو سکتے ہیں۔ گول خلیات والے سعات جن کو ہم سلسلہ لحمیہ لمفاویہ۔ سلسلہ غدویہ کہتے ہیں بعض اوقات دونوں آنکھوں میں شروع ہوتے ہیں اور کبھی اس سے چاروں اجغان ماؤں ہو جاتی ہیں۔ بسا اوقات ان مریضوں کے خون میں دم ہیض لمفاوی کی تبدیلیاں پائی جاتی ہیں مگر عموماً ایسا نہیں ہوا کرتا۔ سلسلہ نہایت آہستہ آہستہ مگر مسلسل بڑھتا رہتا ہے۔ بالآخر آنکھیں عدم اغماض کی وجہ سے ضیاع ہو جاتی ہیں۔ جو خبیثہ سعات خال متکون سے شروع ہوتے ہیں ان کو ہم سلسلہ لحمیہ کہتے ہیں۔

علاج۔ سلسلہ لحمیہ و سرطانیہ کو بخوبی کاٹ کر علیحدہ کر دیں۔ اس عمل میں اگر ایک آنکھ کو نکالنا یا مجھری غلام کو کاٹ دینا پڑے تو بھی کوئی تامل نہ کریں۔ قرص اکالہ اگر چھوٹا ہو تو اس کو کاٹ کر علیحدہ کر دیں۔ یا کاربانک ایسڈ گیس کی برف سے جلا دیں۔ اور اگر بہت زیادہ بڑا ہو اور کاٹنے میں زیادہ مشکلات ہوں تو اس کا علاج یہ ہے کہ فوقی لٹرنی شعاع سے یا ریڈیم سے اس کی تشعیر کریں۔ اس علاج سے بہت فائدہ ہوتا ہے اور کبھی کئی شفا بھی ہو جاتی ہے۔ کبھی اس کی شکل سے مغالطہ ہو جاتا ہے اور سطح پر یعنی ندبی ساخت عمدہ نظر آتی ہے لیکن اس کے نیچے برابر یہ بڑھتا رہتا ہے۔ لہذا یہ بہتر ہے کہ ریڈیم سے تشعیر کرنے کے کچھ عرصہ کے بعد خوب اچھی طرح اس کو چاروں طرف سے کاٹ کر الگ کر دیا جائے اور دوبارہ اس کے اعادہ کا خیال رکھیں۔ آپریشن کے بعد اگر ضرورت محسوس ہو تو آنکھ کو ڈھکنے کے لئے تعمیری آپریشن Plastic operation کر کے اس کو درست کریں۔ اگر یہ ممکن ہو سکے تو مقلد عین کو نکال دیں اور ماؤں انسجہ کو آزادانہ طور پر کاٹ کر الگ کر دیں۔

اجغان کی خلقی بدصعیاں

الصفاق ملتئمہ خفی و مقلی۔ الصفاق اشعار الا جغان۔ بیرونی التواء جفنی۔ اندرونی التواء جفنی۔ خلقی شعر منقلب جو شاذ و نادر خلقی بدصعیاں کے طریقہ پر پایا جاتا ہے۔ استرخا جفنی۔ یہ عموماً خلقی خرابی کے طور پر پایا جاتا ہے۔



- (۱) بالائی جنم پر قریحہ صائبہ •
- (۲) عظام مصفااتی کی کہس مصفاطی داہن آنکھ ای بالائی جنم پر •
- (۳) آپریشن کے بعد اُس کی حالت
- (۴) داہن آنکھ کی تجویف جوبہی کی کہس مصفاطی •
- (۵) آپریشن کے بعد اُس کی حالت

شعر زائد Distichiasis (شعر زائد کی حالت شاذ و نادر ہی پائی جاتی ہے اس میں بینی کے کناروں

پر لمب کے بون کی ایک قطار کے بجائے دو قطاریں ہوتی ہیں اور یہ حالت عموماً پادروں اور اہل علم میں ہوتی ہے۔
تندرست اندامانی بین کی نگاہ کے یقینی ہے اور قرنیہ پر رگڑ کھانے کی وجہ سے تکلیف پیدا کرتی ہے۔

جسٹنی منہ سندھ میں ایک جگہ جفن کا ایک حصہ غائب ہو جانے کی وجہ سے دندانہ سبب جاتا ہے جس کو ہم کاہوچا
(C) o b o m a کہتے ہیں۔ یہ دندانہ اجفان کے اندرونی نصف حصہ میں پایا جاتا ہے اور عموماً بالائی جفن میں ہوتا
ہے۔ بعض اوقات یہ مقام عہد کے ٹکڑے کے ذریعہ مستعدین سے ملحق ہو جاتا ہے یا وہ اس کے بالمقابل قونی و
صربی با اعتبار پر کس جلدی ہی پائی جاتی ہے۔ دوسرے حصہ میں بھی خلعتی نکلیں پائے جاسکتے ہیں۔
غیر ناک ایک ستر غائب ہوتا ہے۔

اختف، ابٹن Cryptophthalmia یہ حالت نایب شاذ و نادر پائی جاتی ہے۔ اس میں پردے
کے رجنہوں تک مسلسل جلد ہوتی ہے پس وغیرہ سب غائب ہوتی ہیں یا ان کی وجہ سے آنکھ بالکل نہیں دکھائی دیتی۔

صفر الا جفان (جفان کا بہت چھوٹا ہونا)
Microblepharon
یہ حالت خلقی طور پر ان آنکھوں میں پائی جاتی ہے جو بہت چھوٹی
ہوتی ہیں۔ اس کے ساتھ مجھری جفن کیس بھی ملتی ہے۔ جس کی وجہ سے

یہ بین جفن چھوٹی ہوئی نظر آتی ہے یہ کیس مقدمین سے ملحق ہوتی ہے اور اس کے اندر شبکیہ کی نیچ کا ستر ہوتا ہے
بعض اوقات بظاہر مقدمین بالکل غائب ہوتا ہے۔ مگر خوردبین سے معائنہ کیا جائے تو کچھ نہ کچھ نیچیں اس کی

ضرور پائی جاتی ہیں۔

نشا جلد فوق الماق
Epicanthus
ایک جلدی پٹ ہے جو بالائی جفن کے اوپر اندرونی حتم کو ڈھانکتی ہے۔ عموماً یہ حالت دونوں
طرف ملتی ہے۔ اس حالت میں مشاہدہ کیا گیا ہے کہ خلقاً دونوں آنکھیں ایک دوسرے سے زیادہ
دور واقع ہوتی ہیں اور ناک کا بانسا غائب ہوتا ہے جیسے جیسے ناک کا بانسا بڑھتا ہے۔

یہ حالت کم ہوتی جاتی ہے طبعی طور پر یہ حالت پختی و جا پانی شخ میں پائی جاتی ہے۔

جال دار عصبی ورم (Plexiform nevroma) جفان اور مجھری کے اندر پیدا ہو سکتا ہے اس کے تمام

مہینوں یا سہ ماہی صدمہ بھی، وقت فوقتہ اور غاسق کی شکل ہو جاتی ہے۔ بعد کے اندر موٹے اعصاب سخت کر سولہ یا سولہویں کی طرح معدوم ہوتے ہیں۔ فحشی ایسات میں تیرت بہت کم ہوتے ہیں تفنن عصبی ایسات کے باہر کے غلاف میں ہوتا ہے۔ کڑھنیوں میں جہنی ایسات بھی ماؤٹ ہو جاتے ہیں ورنہ، اعصاب میں تقدیمین کے باہر اور اندر دونوں مقام پر مرضی آفت پہنچتی ہے۔ اس میں عمل برحی سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔

امراض ملتحمہ

ملتحمہ کی علامہ ہی مہیت مختلف عمر اور مختلف پیشہ کے لحاظ سے ہر شخص میں مختلف ہو سکتی ہے صحت سے تعلق رکھنے والی، سکی کوئی اور عروقی خصوصیات کا یاد رکھنا ضروری ہے۔ رونی کیفیتوں کے سمجھنے کے لئے بھی ملتحمہ کی صبی خصوصیات سے کاٹھا لگا ہی ہونا چاہئے۔

ہم پہلے ذکر کریں گے کہ ملتحمہ کے دو حصے ہوتے ہیں ایک ملتحمہ جفنی اور دوسرا ملتحمہ مقلی اور ان دونوں کو آپس میں ملانے والی جیب نامی جھپٹ کو ہم ملتحمہ طاقی کہتے ہیں۔ جفنی ملتحمہ اجفان کے مقدم کناروں سے شروع ہوتا ہے یہاں پر ایک بات اور بھی یاد رکھنے والی ہے وہ یہ کہ مقدم جفنی کنارے سے لے کر موخر جفنی کنارے سے کچھ دور یعنی غضروفی لہٹے تک ملتحمہ میں جلدی اور ملتحمہ دونوں خصوصیات ہوتی ہیں

اس حصے پر شبہ و پرت دار ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ جفنی ملتحمہ پر شبرہ کے دو پرت ہوتے ہیں۔ طاقی مقام سے قرنیہ کے مچھلی حصہ تک شبرہ دبیز ہوتا ہے۔ اور از سر نو پرت کی خصوصیات اختیار کرتا ہے۔ اس شبرہ کے نیچے غدوی نیچ کی تہ ہوتی ہے یہ نیچہ واصل پرت ہوتی ہے اور اس میں نیلیات و احدۃ النواۃ لنادی پائے جاتے ہیں۔ اور اس پرت کے نیچے یعنی تہ ہوتی ہے۔ جو بلا کسی مفاصل کے زیرین نیچوں میں نہ غم ہو جاتی ہے نیچے کی نیچ خواہ جفنی نیچوں سے ہو یا طبقہ صلبہ کی نیچوں میں سے ہو دونوں صورتوں میں یہ اس کے اندر غائب ہو جاتی ہے جفنی ملتحمہ غضروف جفنی سے متصل ہوتا ہے اور اس سے انھیا نہیں جاسکتا۔ اس کے برعکس مقلی ملتحمہ تقدیمین پر بالکل ڈھیلہ پڑا رہتا ہے اور صرف قرنیہ کے نزدیک اس کا اتصال زیرین نیچوں کے ساتھ تکم ہو تا ہے۔ قرنیہ کا مقدم پرت بھی ملتحمہ کا ایک حصہ ہے مگر چون کہ یہ شفاقتہ تاجواٹے اس کو بعد ویکسٹہ میں ایک مفصل تشریح بیان کچا جلی سے۔

عظم الجراثیم۔ متر کے ذریعہ جراثیم شہابیہ یعنی جراثیم سے کبھی پک نہیں پوتا۔ مگر کی حرارت جہم کی حرارت سے کم ہوتی ہے اس کی وجہ یہ ہے کہ ہر وقت ان کے لئے رشتہ کی وجہ سے انہیں بہت زیادہ رشتہ ہوتا ہے اور وہ سری وجہ ہے کہ مگر کے ذریعہ خون کا دوران بہت زیادہ تیز نہیں ہوتا۔ اسی لئے جراثیم کی نشوونما اس میں زیادہ نہیں ہو سکتی۔ دوسری رطوبت بھی جراثیم کی کاشت کے لئے اچھا مضر نہیں ہے مگر اس میں محل کریت مریا محلول جراثیم اجزا نہیں ہوتے اس سے یہ خود جراثیم کو ہلاک نہیں کر سکتی۔

رطوبت دمی کے ذریعہ صاقین بائیکل نہیں پائی جاتی۔ اگر خون میں خنزق و بانی کی فادسمین کی تلیج کی جائے تو اس کا اثر ان طبقہ جراثیم میں نہیں ہوتا۔ اسی لئے ہمارا خیال ہے کہ انہوں نے مضر اجزا اور جراثیم کو آنکھ کے مگر سے نکال دیتے ہیں۔ اگر طبقہ جراثیم میں خراش پیدا ہو جائے تو جراثیم کو اپنی تعداد کی افزائش کا موقع مل جاتا ہے۔ آنکھ پر پٹی باندھ دینے کی صورت میں۔ آنکھ کی ریکات کے بند ہو جانے اور حرارت کے بڑھ جانے سے بھی جراثیم کی فزائش ہوتی ہے۔ مگر میں پاسے جانے والے اکثر جراثیم کو لی مرضی حالت میں پکارتے مگر جنس ان میں سے مرضی جراثیم سے مشابہت نام نہاد ضرور رکھتے ہیں۔ کرویات ذات الریہ سے مشابہت رکھنے والے کرویات زوجی مگر کے اندر پاسے جاتے ہیں۔ ان کی تلیج اگر حیلوں میں کی جائے تو بباوق سے مرض پیدا کرتے ہیں اور کبھی نہیں بھی پیدا کرتے۔ انسانوں میں بہت سے ایسے افراد ملتے ہیں کہ جن کی آنکھ کرویات ذات الریہ کے عدوی سے متاثر نہیں ہوتی۔ لیکن اگر انہی جراثیم کو دوسرے اشخاص کی آنکھوں میں داخل کر دیا جائے تو وہ مرض کا شکار ہو جاتے ہیں۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ کرویات ذات الریہ کا تعلق آنکھ کے التهاب سے بہت زیادہ ہوتا ہے اور ان سے آنکھ کی خطرناک بیماریاں پیدا ہوتی ہیں۔ آنکھ کے اندر جراثیم (Xerosis) بھی پایا جاتا ہے جو اپنی ہستی خصوصیات میں خاف و بانی کے جراثیم سے متعلق ہے۔ اس کی شناخت محض کاشت کے ذریعہ ممکن ہے۔ اس کے علاوہ مگر میں کرویات غنفہ دیہ بھی پائے جاتے ہیں جو بذات خود مضر رساں نہیں ہوتے۔ مگر دوسرے جراثیم کے ساتھ مل کر زیادہ تکلیف کا باعث بنتے ہیں۔ کرنایات غنفہ دیہ بیضیہ اور جراثیم (Xerosis) تقریباً مگر کے اندر ہمیشہ پائے جاتے ہیں۔ مگر میں کو تجربہ سے معلوم ہوا ہے کہ ان کی موجودگی دوسرے جراثیم کی افزائش کے لئے مدد ثابت ہوتی ہے جیسا کہ ان کی موجودگی میں کالج وکس عسلی (Koch-week's bacilli) کاشت کے اندر اور مگر میں دونوں جراثیم بہت جلد

نہ دیا پاتے ہیں۔ کرویات عقدیہ اور عسلی قویونی بھی شاذ و نادر محترمہ کے اندر ملتے ہیں۔ ان کے علاوہ دوسرے برائے
مذہبیت سوز کی عداوتیں اور کرویات زہنی کے متعلق بعد میں بیان کیا جائے گا۔

| مضمون کے تحت کتاب کے مختلف اقسام اور مختلف درجات پاسے جاتے ہیں۔ قوتن دموی اور افزان
انتخاب محترمہ کی زیادتی اس کے ساتھ ہمیشہ پائی جاتی ہے۔ احتقان دموی کی شدت کے مختلف درجے ہوتے
ہیں اور محترمہ کے مختلف حصوں پر اس کی مختلف نوعیت ہوتی ہے۔ افزان کی نوعیت بھی مختلف ہو سکتی ہے اور اس کی
تقدیر میں بھی اختلاف کا پایا جانا ممکن ہے۔ بسا اوقات عارضی احتقان دموی بھی پایا جاتا ہے جو بہت جلد رفع
ہو جاتا ہے۔ یہ احتقان باہر موجود کر سکتا ہے اور مزمن صورت بھی اختیار کر سکتا ہے۔ عارضی اور جلد رفع ہونے
والے احتقان عارضی خراش کا نتیجہ ہوتا ہے یا آنکھ میں جسم غریب کی موجودگی مثلاً ذرات۔ ترگاں کے بال وغیرہ کے
سبب پیدا ہوتا ہے۔ مگر ان حالات میں انکسائی طور پر صرف رطوبت دموی کے افزان کی زیادتی ہوتی ہے۔ جب کوئی جسم
غریب مثلاً نازک کاوانہ یا تیرے مکوڑوں کا پر لاتی محترمہ میں پہنچ کر پھنس جاتا ہے تو اس طرف کی آنکھ کے شدید
انتخاب ملحقہ کا باعث ہوتا ہے۔ بعض اوقات سینچے کے طاق ملحقہ میں خراش پائی جاتی ہے اور یہ خراش بھی
صرف ایک آنکھ میں ہوتی ہے۔ عموماً یہ حالت ان لوگوں میں ہوتی ہے جو حیلہ سازی کرتے ہیں اور خود کسی محترمہ
دور کو ستمنا کر کے معاذ کو دھوکا دینا چاہتے ہیں۔ اور کبھی اختناق الرحم کے مریضوں میں بھی حیات دموی جاتی ہے۔

برابر لوٹنے والا یا مزمن احتقان دموی ایسے حالات کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے جن کا تعلق بود و باش سے ہوتا ہے
مثلاً کرد و غبار کی ہوا میں زندگی بسر کرنا۔ کمروں میں صاف ہوا کا نہ ہونا۔ تیز روشنی میں کام کرنا وغیرہ یہ سب اس کے
سبب ہو سکتے ہیں۔ گرم ممالک میں تیز دھوپ میں کام کرنے سے مندرجہ ذیل چیزیں یا اثر کرتی ہیں۔

(۱) تیز شامیں چونکہ پیدا کرتی ہیں (۲) کن حد تک فوق البنفسجی شعاعیں اپنا کیمیائی اثر پیدا کرتی
ہیں (۳) کسی قدر وہ گرمی بھی اپنا اثر کرتی ہے جو تھک لاکر گرم شاموں کا نتیجہ ہوتی ہے۔

مزمن احتقان کے اسباب کا تعلق عموماً محترمہ کے ساتھ دور کا ہوتا ہے۔ مثلاً بنیانی کے درخت زہونے کی
وجہ سے عموماً مزمن احتقان انکسائی طور پر پیدا ہو جاتا ہے جنہی کن سے اس احتقان میں خصوصیت کے ساتھ حصہ لیتے
ہیں۔ بنیانی شجر کی تخریب و تعمیر خصوصاً جب کہ غذا کے انجذاب اور فضلات کے اخراج میں کوئی خرابی لاحق ہو جائے

مرتب ہوتا ہے۔ اور شراب نوشی کی حالت میں ہی زمین آسمان ٹھیک پڑ جاتا ہے۔ (Hawthorn) پتہ میں نہیں
 اور یہ کیفیت ہی ہے جس کی ایک نوعیت یہ ہے کہ مہر کے نور میں وہ مازوفیل کہلاتا ہے۔ پتہ میں
 احتقان بسیط۔ اگر بہتر میں ہو تو بہتر کیفیت کا اس ہوتا ہے جس کو ہم ان اطفال میں دیکھتے
 ہیں کہ کھڑکی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔ اس سے زیادہ غبار سے پرانے کا اس ہوتا ہے۔ کچھ زیادہ دیر تک مٹی
 نہیں دھاتی مکان میں جو اس ہونے کے ساتھ تیز رفتاری سے طبعیت کو تغیر ہوتا ہے۔ روشنی سے تھک کر کھینچ ہوتی
 ہے۔ عموماً متحرک طبی حالت میں دکھائی دیتا ہے۔ مریضین طاق متحرک کو بلا کر کھینچ پڑتے ہیں کہ ہوتے ہیں۔ تھک کر
 دماغی پایا ہوتا ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ آہستہ آہستہ چپکے چپکے ہیں۔ مذکورہ حالت کیفیت کا خالص وقت کو ہوتا ہے اور کبھی
 باریک کام کرنے کے بعد نفرتی مضمون میں آتی ہے۔ پتہ میں اس کا اثر منہ نقی اور طاق متحرک ہوتا ہے۔ اس
 کی ساری فضا منہ کی چھوٹی جاتی ہے اور نیٹھ میں کی صورت نکلتی کرتی ہے۔ اور مرہبت زیادہ ہو تو قریب کے
 چاروں طرف دیوار سی ٹھنی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔ اسی صورت میں نفی متحرک کہ وہ ہوتا ہے۔ مگر ہمیں انہیں میں پہلی
 کیفیت ضرور ہوتی ہے اور کیفیت اتنی بڑھ جاتی ہے کہ بغیر متورم ہو جاتی ہے۔ اور دماغی حلقہ میں حلقہ پڑتی
 ہوئی معلوم ہوتی ہے۔

اگر بعض کبھی یہ شکایت کرے کہ اس کی یہ آنکھ سے پانی بہتا ہے اور صرف ہی آنکھ میں احتقان ہوئی ہے پتہ
 یا ہو تو آلات دماغی کا فوراً معائنہ کرنا ضروری ہے کیس دماغی پر پیچھے و اندر کی طرف اٹھنے سے دباؤ ڈال جائے کہ
 اس کے اندر رطوبت جمع ہوگی تو آنکھ میں قنارہ دماغی کے راستے سے واپس آجائے گی جس کے معنی یہ ہوں گے کہ اس
 کا راستہ ناک کی طرف بند ہے اگر رطوبت بالکل واپس نہ آئے تو دیرین قنارہ دماغی کا معائنہ کریں طبعی حالت میں ہم
 اس کو اس وقت تک نہیں دیکھ سکتے جب تک اجنان کو لپٹ نہ لیں۔

علاقہ۔ احتقان بسیط کا علاج یہ ہے کہ اس کے اسباب کو رفع کیا جائے اور جہاں تک ممکن ہو معاشرتی
 تفریحوں کو دور کیا جائے۔ تیز روشنی سے آنکھ کو بچائیں۔ دماغی کے رنگ کی عینک استعمل کریں لیکن یہ اس وقت جبکہ
 بینائی درست ہو۔ آج کل گرکس (Sier cranks) نے ایسے شیشے طے ہیں جو رنگ دار ہونے کے علاوہ فوق حسی
 اور تحت الاحمر شعاعوں کو جذب کر لیتے ہیں۔ کوسنی کی شعاعوں کو کم جذب کرتے ہیں۔ ان عینکوں کا استعمال گرم

مالک میں بہت بہتر ہے۔

بینی کی نرہ بی کو فوراً منسوب عینک سے درست کرنا چاہئے۔ غلط عینک لگانے سے بھی بنی اوقات حد نہ وہ تکلیف بردہ جاتی ہے اس سے اس کی صحت نذروری ہے۔ جب عینک کی غرض سے بعض معائنہ خصوصی کے پاس آئے تو بربک کام کان کرنے کے متعلق اس کو مکمل ہدایت کر دی جائے۔

آلات دمی کی خرابیوں کو دور کیا جائے اگر اس میں کوئی خرابی نہ ہو تو احتقان دموی کا مقامی علاج کیا جائے لیکن اگر اس سے کوئی فائدہ نہ پہونچے تو آلات دمی کے راستے کا معائنہ کریں مگر طلباء کو اس امر کا خیال رکھنا چاہئے کہ بجائے فائدہ کے نقصان نہ پہونچے۔ طلب کے اصول عامہ کے مطابق نظام تعمیر و تخریب کی خرابیوں کو درست کر کے بسا اوقات اس طرف بہت کم توجہ کی جاتی ہے لہذا اس کا خیال رکھیں۔ اس صورت میں مقامی علاج یہ زیادہ مناسب ہے کہ آنکھ کو گرم بورک لوشن سے متعدد بار دن میں دھوئیں اور بورک لوشن میں کوئی قابس دوا استعمال کریں یا نہ استعمال کریں۔ بہتر نسخہ لوشن کا ذیل میں درج ہے۔

بورک اینڈ گرین - زنگ پراگرین سے ایک گرین تک - مطہر پانی ایک اونس - اس کے علاوہ صبح شام آنکھ میں ہومزن ٹینکس اقیون اور مقطر پانی ملا کر ایک ایک قطرہ ڈالا جائے ہیزلین ۲۰ قطرے سے ۶۰ قطرہ تک ایک اونس مقطر پانی میں ملا کر استعمال کرنے سے فائدہ ہوتا ہے۔ کوکین کو حتی الامکان نہ استعمال کیا جائے کیوں کہ اس کا عمل عارضی ہوتا ہے اور قرنیہ کے بشرہ کے لئے نقصان دہ ثابت ہوتا ہے۔ اگر اس کا بہت خفیف طاقت کا معمول استعمال کیا جائے تو فائدہ اور آرام ملتا ہے۔ کلاہ گردہ کا خلاصہ ایک ہزار میں ایک کی طاقت کا خاص حالات میں استعمال کرنے سے نہ فی وغیرہ رفع ہو جاتی ہے اور تکلیف کم ہو جاتی ہے مگر اس کا اثر تھوڑی دیر تک قائم رہتا ہے اور بعض اوقات بعض بہت شکر گزار ہوتے ہیں۔ بلغم سے مزید اجسام کے نکلنے کے بعد اس کا استعمال خاص طور پر مفید ہے۔ بلغم کے التهاب میں آنکھ کا معائنہ کرنے سے تشخیص میں بڑی مدد ملتی ہے۔ آنکھ کی رطوبت پانی کی طرح یا مخاطی یا مٹی ہوئی مخاط یا خاص مدیدی بھی ہو سکتی ہے۔ کبھی مرض کا نام ہی رطوبت کے لحاظ سے رکھا جاتا ہے۔ بلغم کے التهاب کا انحصار براشیم پر ہوتا ہے مگر ان کی وجہ سے پیدا ہونے والی مرضی حالتیں جدا گانہ نہیں ہوتیں۔ اس لئے بہتر ہے کہ متحرک کے امراض کا نام رکھنے میں پرانے طریقہ کو اختیار کیا جائے۔

پانی کی حرارت پر لوہے صفت فراز دمی کے لٹکاسی طور پر بڑے جانے کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے اور نتیجہ تمام کی طبیات کا جراثیم کے ساتھ کچھ نہ کچھ تعلق ضرور ہوتا ہے۔ اس سے اس کو معلوم کرنے کے بعد مختلف اسباب کے مطابق علاج میں تغیر و تبدل کرنا چاہئے۔

طبعیۃً التهاب کی دو قسمیں ہیں (۱) التهاب حاد (Acute) (۲) التهاب مزمن (Chronic)۔ یہ فرسوسہ دونوں میں سے ہل نہ کر کی مندرجہ ذیل قسمیں نکلتی ہیں۔

- (۱) حاد بسیط التهاب (Simple acute Conj) (۲) التهاب صمدیدی (Pyogenic Conj) (۳) التهاب غشائی (Mucous Conj) (۴) التهاب مفری (Follicular Conj) اور التهاب مفر تحت اکیویا فرسوسہ کی مندرجہ ذیل قسمیں ہیں۔

- (۱) فرسوسہ بسیط (Simple chronic Conj) (۲) التهاب زاوی (Angular Conj) (۳) التهاب مفر حویسی (Follicular Conj) (۴) التهاب مفر مفری (Pterygoid Conj) (۵) درنی (Tubercular Conj) (۶) آتشکی (Syphilitic Conj)۔

بسیط حاد التهاب مفر (ریوزنی) | مفر کی احتقانی حالت نامعلوم طریقہ پر عمومی صورت اختیار کر لیتی ہے جبکہ رطوبت مخاطی کا گڑھی ہو جاتی ہے اور آنکھ کی اجہان آپس میں چپک جاتی ہیں۔ پلکوں کے چپکنے کی شکایت مریض عام طور پر بیان کرتے ہیں کیوں کہ زیادہ دیر تک بند رکھنے کے بعد یہ حالت نمایاں طریقہ پر پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کے اسباب - علامات اور علاج وہی ہیں جن کا ذکر احقان بسیط میں چکا ہے۔

حاد بسیط التهاب کی مختلف قسمیں پائی جاتی ہیں جن میں سے ہر ایک جراثیمی مدوی کا نتیجہ ہوتی ہے اور مختلف صورتوں میں جراثیم بھی مختلف ہوتے ہیں۔ عموماً یہ کہا جاتا ہے کہ یہ زنی کیفیت کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ ہمارے خیال ہے کہ سردی کی وجہ سے مقامی قوت مدافعت کم ہو جانے پر مفر میں جراثیمی مدوی ہو جاتا ہے جس سے یہ کیفیت پیدا ہوتی ہے۔ مخاطی صمدیدی التهاب مفر اس کی بہت عام قسم ہے۔ نام ہی سے ظاہر ہوتا ہے کہ اس میں رطوبت مخاطی اور صمدیدی قسم کی ہوتی ہے۔ یہ رطوبت بسیط حالت کی رطوبت سے زیادہ مقدار میں پیدا ہوتی ہے اور دوسری آنکھ میں لگنے سے مدوی منتقل ہو جاتا ہے جن مکروں میں ہوا کا گذر بالکل نہ ہو یا کم ہوا کی جگہ سے

ہی میں ہوا وہی نقل ہوتا ہے۔ اگر نیکوں کی موجودگی صورتِ ذیہ ممکن معلوم ہوتی ہے کیوں کہ اس حالت کو پیدا کرنے والے برہم ذریعے نہیں جانتے، ان کے دماغ پر منع ہو جاتے ہیں۔

علاماتِ سر درد، شونہ، ناک کی سخی، ہوتا ہے۔ اس کے تمام غروں میں حلقان پایا جاتا ہے۔ مگر معمولی حالتوں میں عمدہ قنبر کے عروق میں ختم ہونے کی کیفیت نہیں ہوتی جاتی۔ اس کے علاوہ غلیظ پیپ کے گائے جینی کن رہنے کے درمیان اور ان کے پورچھی باجی باجی جلتے ہیں۔ جب یہ رطوبت جم جاتی ہے تو لپکوں کے بال آپس میں چپک جاتے ہیں یہ حالت جینی التهاب سے مشابہ ہوتی ہے۔ اس لئے تشخیص میں غلیظی کا امکان ہے مگر جب اس رطوبت کو دھو کر صاف کر دیا جائے تو جینی کناسے باطل تندرست پائے جاتے ہیں۔ اس وقت تشخیص میں کوئی چیدگی باقی نہیں رہتی مگر کے گائے قنبر سے مشابہت میں ایک قسم کے رنگین ہائے پیدا کرتے ہیں۔ کیوں کہ ان کی وجہ سے مانی منشوری کیفیت پیدا ہو جاتی ہے اور سفید روشنی مختلف رنگوں میں تقسیم ہو کر آنکھ میں داخل ہوتی ہے۔ ان رنگین بالوں کو آنکھوں میں بعض خطرناک بیماریوں میں پیدا ہونے والے ہالوں سے تمیز کرنا ضروری ہے مثلاً زرق المار و غیرہ۔

یہ غلیظ رطوبت پہلے پل مغلی ہوتی ہے۔ پھر رفتہ رفتہ صدیدی صورت اختیار کرتی ہے۔ شروع شروع میں مغلی پیپ کو دیکھ کر طلبہ دھوکا کھاتے ہیں اور اس کو خالص پیپ سمجھتے ہیں۔ مغلی ہونی صدیدی رطوبت کے گائے آنکھ کے اندرونی نعیم پر لپکوں سے بالوں کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ غلیظ اور مقلی ملتے پر زرد رنگ کی یا نیم شفاف رطوبت ملتی ہے۔ صدیدی رطوبت کی صورت میں خشک شدہ پیپ کے کھنڈ دو نوں طرف کے حصیوں پر یکو کے بالوں کے درمیان پائے جاتے ہیں اور جب اجبان کو ایک دوسرے سے ملنے دیا جائے تو آنکھ کے اندر سے پیپ نکلتی ہے۔ تیسرے یا چوتھے روز مرض بہت شدید ہو جاتا ہے اگر اس وقت علاج نہ کیا جائے تو یہ حالت زہن صورت اختیار کر لیتی ہے۔ اس التهاب میں دوسری سائنس شاذ و نادر ہی شریک ہوتی ہیں۔ مگر جب قنبر کی سطح پر کسی قسم کی رگڑ لگ جائے تو قنبر میں برہم داخل ہو کر قرعہ پیدا کر دیتے ہیں۔ بعض اوقات قنبر کے مغلی حصص میں قروح نمودار ہو جاتے ہیں مگر زور اور بڑے اشخاص میں مناسب علاج نہ ہونے کی وجہ سے یہ قروح پیدا ہوتے ہیں کبھی اس التهاب کے ساتھ التهاب ملتے جڑتی بھی پایا جاتا ہے۔

تشریح مرضی۔ مغلی صدیدی التهاب متحرک عموماً عصارہ کاخ و یک کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ عصارہ باک

ہوتے ہیں اور ان کی لمبائی مختلف ہوتی ہے۔ نمولی قلوں (10, 10, 10) رنگوں شدہ ماہر مافر کے میٹھ لین
میورنگ سے یہ عضویہ جراثیم رنگ کو قبول کرتے ہیں۔ گرام کے طریق پر اگر ان کو رنگا جائے تو ان پر کوئی رنگ نہیں
پڑتا۔ یعنی یہ منفی گرام ہوتے ہیں۔ صدیقہ نسبت میں ان جراثیم کے ہرک شدہ گروہ کی موجودگی تشخیص کے لیے ہم
نکتہ ہے۔ یہ جیسی جراثیم خشک کرنے پر جلد تباہ ہو جاتے ہیں بعض وقت ان سے وہابی طور پر بچوں میں نزلہ التهاب
ملتحہ پیدا ہوتا ہے۔ اس میں اس کا ایک سسہ کچھ دنوں کے لیے مناسبت پیدا کر دیتا ہے۔ مگر یہ جی یا در ہے کہ صرف مذکورہ
جراثیم میں بیماری کا باعث نہیں ہوتے بلکہ ان کے علاوہ دوسرے جراثیم بھی یہ مرضی حالت پیدا ہوتی ہے۔ روایت
زوجہ اس مرض کو پیدا کرتے ہیں جو کرویات ذات الریہ سے مشابہ ہوتے ہیں۔ ان جراثیم سے پاکستان میں خصوصیت
کے ساتھ یہ مرض پیدا ہوتا ہے۔ جس التهاب ملتحہ کا باعث کرویات ذات الریہ ہوتے ہیں اگرچہ وہ دوسرے جراثیم
سے پیدا ہونے والے التهاب سے بحیثیت مرض کسی طرح مختلف نہیں ہوتا۔ تاہم چند خصوصیات اس میں ایسی پائی
جاتی ہیں جن کو یاد رکھنا چاہیے۔

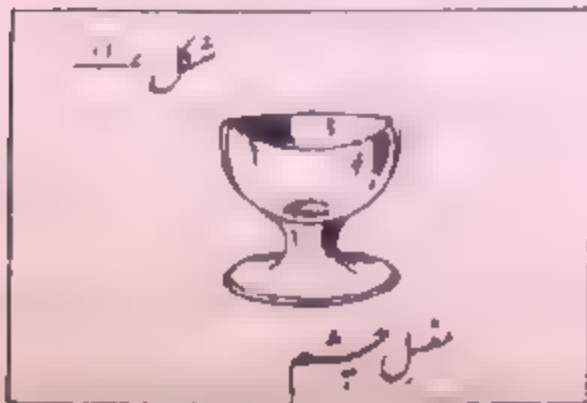
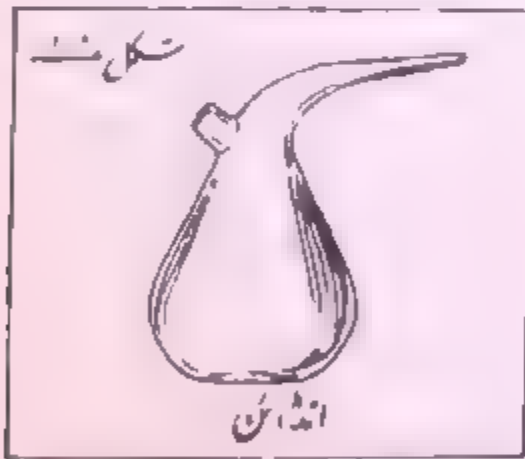
اس التهاب میں ملتحہ زیادہ متورم ہوتا ہے اور جابجا اس میں زنی نقطے پائے جاتے ہیں۔ ان کے علاوہ
ملتحہ پر غشاء کا ذب بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ یہ حالت شمالی مالک میں سردی کے زمانہ میں خصوصیت کے ساتھ بہت عام ہوتی
ہے۔ جو انوں میں بچوں سے زیادہ پائی جاتی ہے۔ پھیپھڑوں کے غوینائی مرض کی طرف بحران کے ساتھ ختم ہوتی ہے
جس کے بعد جراثیم بہت جلد رطوبت میں سے غائب ہو جاتے ہیں۔ عموماً اس کے ساتھ نزلہ بھی پایا جاتا ہے۔ اور کبھی کبھی اس
کے بعد یا اس سے قبل بھی دیکھا جاتا ہے۔ غنہ کا التهاب نتیجہ کے طور پر شاذ و نادر پیدا ہوتا ہے اور جب پیدا ہوتا ہے
و جراثیمی سمیت کا انجذاب اس کا باعث بنتا ہے۔ عصارہ الفلوانزا جس کو ہم کانچ وکیس جراثیم سے شکل کے ساتھ تمیز
رسکتے ہیں وہ بھی الفلوانزا کے زمانہ میں ایسا ہی التهاب پیدا کرتا ہے۔ اگر الفلوانزا کے زمانہ میں الفلوانزا کی وہابی
پہلی ہوئی ہو تو خصوصیت کے ساتھ ان جراثیم سے یہ التهاب پیدا ہوتا ہے اور جوانوں کے اعتبار سے بچوں میں
زیادہ پایا جاتا ہے۔

شری التهاب ملتحہ کے ساتھ جب محاطی صدیقی التهاب ملتحہ پایا جائے تو اس کا سبب کرویات غنہ و دیہ ظلالی
(Staphylo coccus aure) کو سمجھنا چاہیے۔ اسی طرح التهاب جفنی اور جلدی اگر یہی حالت میں یہ جراثیم

التهاب ملتحمہ بھی پیدا کر سکتے ہیں۔ اخراج عدسہ کے جرحی عمل کے بعد بھی ان جراثیم کی وجہ سے التهاب ملتحمہ پیدا ہو سکتا ہے۔ گرد و غبار کی وجہ سے خراش کی صورت میں ملتحمہ کے اندر عنقودی جراثیم شدت کا التهاب پیدا کرتے ہیں اگر التهاب ملتحمہ کا سبب کوئی دوسرے جراثیم ہوں لیکن ان کے اندر عنقودی جراثیم بھی شامل ہو جائیں تو مرض کی تکلیف بہت بڑھ جاتی ہے۔ مذکورہ جراثیم کے علاوہ دوسرے جراثیم بھی مادہ التهاب میں پائے گئے ہیں۔ مگر اب تک یہ نہیں ثابت ہو سکا کہ وہ مخصوص حالتیں ان ہی جراثیم کا نتیجہ تھیں۔ اسی لئے ان کو یہاں نظر انداز کیا جاتا ہے۔

کبھی خسرہ اور جرحی قرمزہ کے ساتھ ساتھ یہ التهاب پایا جاتا ہے۔ یہی حالت بعض اوقات مصنوعی تالابیوں میں نہانے والوں کی آنکھ میں پائی جاتی ہے۔

علاج۔ اس کا سب سے بہتر علاج یہ ہے کہ آنکھ کو سیما بی محلول (Hydrargyri perchloride) جس کی طاقت مرتبہ میں آئینہ ہو جس سے دھویا جائے۔ ہتھمال سے پہلے اس محلول کو گرم کر کے تھوڑا پانی ملا دیا جائے۔ صرف اجنان ہی کو اس



اس محلول سے دھو دینا کافی نہیں بلکہ قیمتی کپریں کو پوری طرح اندر سے دھونا چاہئے جس کے لئے ایک انڈائن (Undino) کی ضرورت پڑتی ہے۔ دھونے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ امتحان کو لپٹ کر اوپر کچھ فاصلے سے اس محلول کو دھار کے ساتھ گرایا جائے اور کوشش کی جائے کہ ہر جگہ پر یہ محلول پہنچ جائے۔ انڈائن کا سرا کسی صورت میں ملتحمہ سے نہ چھو جائے اس کے بعد بعض کو بات کر دی جیسے کہ وہ آنکھ ہنسل ٹیم میں دھو رہا ہے۔

گر مریض بچہ ہو تو والدین کو اس کی ہدایت کی جائے کہ وہ بچہ کو لٹ کر اس کی جفوں کو مقدمین سے بٹے نہیں اور محلول میں مٹھر دئی کر کے اس کے ذریعہ آنکھ میں اس محلول کو ڈالیں۔ اسی طریقہ سے آنکھ کو اس وقت تک دھوتے رہیں جب تک کہ آنکھ کے اندر سے تمام رطوبت دھل نہ جائے۔ محلول کو گرم کرنے کے لئے اس کی بوتل گرم پانی میں رکھ دیں یا اس میں ایلا ہو اگر گرم پانی نصف مقدار میں ملا دیں۔

محلولات چشم کا عمل اسی صورت میں عمدہ ہو سکتا ہے جب کہ وہ متعدد بار استعمال کئے جائیں اور ہر مرتبہ آنکھ کے اندر سے مرضی رطوبات کو صاف کر دیا جائے۔ اگر ایسا کیا جائے تو بورک محلول بھی اتنی ہی مفید ہے جتنا کہ سیما پی محلول بلکہ مزید فائدہ اس کے اندر یہ ہے کہ یہ کم مضر ہے۔ مٹھر ویزلین یا بورک مرہم، جھان کے کناروں پر چھٹی طرح کے ریحہ تاکہ وہ پس میں چپک نہ جائیں۔ روزانہ رات میں بستہ پر جانے سے پہلے اور سونے کے قبل اس عمل کو کیا جائے سب سے دو فائدے ہوتے ہیں۔

ایک تو آنکھ کے اندر رطوبت جمع نہیں ہونے پاتی۔ جس کی وجہ سے درد کم ہوتا ہے۔ اور دوسرے صبح کے وقت آنکھ کھولنے میں کوئی دقت پیش نہیں آتی۔

التماب حاد کی صورت میں آنکھ پر پٹی نہ باندھی جائے۔ کیونکہ پٹی کے باندھنے سے رطوبت کے اخراج میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے اگر آنکھ میں روشنی سے چونڈ لگتی ہو تو رنگین عینک استمال کی جائے۔ یا کپڑے کا حجاب بخنی (Shade) استعمال کیا جائے۔

اگر باقاعدہ علاج کو جاری رکھا جائے تو چند روز میں مریض اچھا ہوتا ہے۔ کامیابی کی صورت میں مواد اخراج کم ہو جاتا ہے جب حسب فشار بڑھتا ہو یا فائدہ معلوم نہ ہو یا مریض کے بیمار دار قابل اعتماد نہ ہوں۔ اور مواد کی مقدار کم ہو رہی ہو تو اجنان کو لپٹ کر روزانہ ایک مرتبہ دو فیصدی (ایک اونس میں) اگرین کی طاقت کا کاشکیشن لگایا جائے۔ اس سے زیادہ طاقت کے محلول کا استعمال مناسب نہیں ہے۔ اور اگر اس سے کم طاقت کا محلول استعمال کیا جائے تو رطوبت دمی اس کو متعادل کر دیتی ہے۔ پٹی ہوئی اجنان پر کاشک لگانے کے لئے ذیل کا طریقہ اختیار کریں۔

شیشے کی لمبی سپنل جس کے دونوں سرے پتلے ہوں لے کر اس کے ایک سرے کو محلول میں بھگو لیں اور مٹھر دئی

ہوتا گاں اس پرپٹ کر پھریری بنائیں اسی طرح دوسری طرف بھی پھریری بنائیں اس کے بعد مریض کو چت لٹا کر خفان کو پٹ لیں۔ اور محترمہ پر اچھی طرح کا شک لگا دیں۔ عام طور پر نمکین محلول سے فالٹو دو کو متعادل کر دینا چاہئے یا اس کو مہر روئی کے گائے سے خشک کر لیں۔ گردو نوں آنکھیں خراب ہوں تو دوسری آنکھ میں بھی اسی طرح کا شک لگا دیں۔ شیشے کی پنس دستیاب نہ ہو سکے تو معمولی دیا سلائی کی ٹکڑی استعمال کر سکتے ہیں۔ یا بانس کی تیلیاں بنا کر کام نکال لیں۔ شیشے کی پنس اگر استعمال کی جائے تو دوبارہ استعمال کے قبل اس کو مہر کر لینا چاہئے۔ اونٹ کے بالوں کا برش بھی استعمال نہ کریں کیونکہ اس کو مہر کرنا شکل ہے۔ پہلے یہ برش استعمال کئے جاتے تھے۔

کاشک کے ایک مرتبہ استعمال کرنے کے بعد حالت بہتر ہو جاتی ہے۔ اگر کسی مریض کی آنکھ کا مواد مصلح کیسی دوسرے شخص کی آنکھ میں پڑ جائے تو فوراً کاشک لگانا حفظاً مقدم کا بہترین اصول ہے۔ کاشک کے علاوہ چاندی کے دوسرے مرکبات مثلاً پروٹارگوں آرجی دل وغیرہ ۵۰ تا ۲۵ فیصدی تھلاقت کے محلول کی صورت میں بھی اس حالت میں استعمال کئے جاسکتے ہیں۔ مگر یہ محلولات کاشک کے مقابلہ میں کم مفید ہوتے ہیں۔ یہ ضرور ہے کہ کاشک کے مقابلہ میں ان کے استعمال سے تکلیف کم ہوتی ہے۔ کاشک کا اثر یہ ہوتا ہے کہ وہ سطحی بشرہ میں خراش پیدا کرتا ہے اور مخالطی صمدیدی رطوبت کو منجھ کر دیتا ہے۔ پھر سفید نیلیوں بشری تہ آہستہ آہستہ الگ ہو جاتی ہے جب تک یہ مسلح جاری رہتا ہے ایسا معلوم ہوتا ہے کہ آنکھ کے اندر کوئی چیز پڑ گئی ہے۔ اگر تھوڑی دیر صحن کو پلٹے رہیں اور رطوبت کے گاؤں کو نرمی کے ساتھ الگ کر دیں تو یہ تکلیف بھی کم ہو جاتی ہے۔ کاشک خود قاتل جراثیم نہیں۔ مگر رطوبت کو منجھ کر دیتی ہے۔ جس میں جراثیم محسوس جاتے ہیں اور اس کے ساتھ الگ ہو جاتے ہیں۔ اس کے علاوہ کاشک لگانے کے بعد طبی رد عمل رونما ہوتا ہے۔ احتقان دموی بڑھ جاتا ہے اور نیچوں میں مصل کی مقدار زیادہ ہو جاتی ہے۔ چونکہ مصل دموی کے اندر قاتل جراثیم اور تریاتی اجزاء ہوتے ہیں اس لئے وہ جراثیم کے قلع قمع کرنے میں مدد دیتے ہیں۔ بیماری سے اچھا ہو جانے پر عموماً طحمرہ طبی حالت پر لوٹ آتا ہے۔ اگر مناسب صیادانہ لی جائے تو مزمن کیفیت پیدا ہو جاتی ہے جس کے واسطے عابس اودیہ کا استعمال ضروری ہوتا ہے چونکہ یہ مرض متعدی ہوتا ہے اس لئے اس کے انداد کی تمام تدابیر اختیار کی جائیں۔ مریض کو چاہئے کہ اپنے ہاتھوں کو صاف رکھے۔ اور اس کے توبہ یا روال کو کوئی دوسرا شخص استعمال نہ کرے۔ نسخہ جات آخر میں ملاحظہ ہوں۔

صدیدی التہاب ملتحمہ | صدیدی التہاب ملتحمہ سوز کی زیادہ علامات کہتے ہیں اس کی دو صورتیں پائی جاتی ہیں۔ بچوں میں فوراً پیدائش کے بعد۔ مردوں میں دو

Purulent Conj

جو خون میں بھی پایا جاتا ہے۔ جو اکتبائی ہوتا ہے

التہاب ملتحمہ سوز کی یا مرد سوز کی | یہ مرض جوانوں کے لئے بچوں سے زیادہ خطرناک ہوتا ہے۔ سوزاک کا مرض انسانوں میں جس قدر عام ہے اس کے لحاظ سے آنکھ میں اس کا عدوی مبتلا ہوتا ہے یعنی ۷۰ یا ۸۰ سوزاک مریضوں میں سے صرف ایک کو سوزاک کی

Gonorrhoal Conj

ہوتی ہے یہ علامتیں سوزاک عدوی سے پیدا ہوتی ہیں۔ قانونی طب میں ایسے مریضوں کا ذکر پایا جاتا ہے جو قانونی پارہ۔ جو قانونی ایسی صورت میں کرتے ہیں جب کہ کسی دوسرے شخص کی غلطی سے ان کو عدوی پھونکا جائے۔ مہذبہ یاد رکھنا چاہئے کہ یہی علامتیں کرویت عقدیہ۔ عصار خناق و بانی اور مشترک عدوی سے پیدا ہو سکتی ہیں۔ اس کی تشخیص کے لئے پیپ کا عدد بینی معائنہ کرنا چاہئے۔

کرویات سوزاک کی شکل میں پاؤروٹی (Itum) سے ملتے جلتے اور منفی گرام ہوتے ہیں۔ پیپ کے کھیات کے اندر پائے جاتے ہیں۔ یعنی کرمات بھیار اور خیات بشری کے اندر ہوتے ہیں۔ بعض اوقات کرمات نزلی اور کرمات سخائی بھی ملتے ہیں۔ مگر یہ زوجی نہیں ہوتے۔ ان کی کاشت آسان ہوتی ہے اور ان کو وڈوں (Widal) کے تعامل کے ذریعہ بھی تشخیص کیا جاسکتا ہے۔ کرویات نزلی مادہ حالت میں شاذ و نادر ہی پائے جاتے ہیں۔ عموماً غرض حالت یا ایسی ردی کیفیات میں جو عمل جراحی کے بعد رونما ہوتی ہیں ملتے ہیں۔

ملتحمہ میں تعدی ان جراثیم سے ہوتی ہے۔ جو سوزاک کی اعصاب تناسل سے آنکھ میں منتقل ہوتے ہیں۔ مردوں میں یہ مرض عورتوں سے زیادہ پایا جاتا ہے۔ چونکہ دائیں ہاتھ کی انگلیاں اعصاب تناسل سے لگنے کے بعد عموماً غلطی سے آنکھ میں لگائی جاتی ہیں۔ اس لئے عموماً اس مرض کی ابتدا دائیں آنکھ سے ہوتی ہے مگر سببوں میں عموماً پسے یا میں آنکھ مارتی ہوتی ہے۔ سوزاک کی پیپ رومال اور تویہ سے بھی آنکھ میں لگ سکتی ہے حاملہ عورت کو اگر سوزاک ہو تو ولادت کے وقت بچے کی آنکھ میں سوزاک کی پیپ لگ سکتی ہے۔ اور تیارواروں سے بھی سوزاک کی عدوی بچے کی آنکھ میں پھونچ سکتا ہے۔

جو نون میں مختہ کا ورم بچوں سے زیادہ ہوتا ہے۔ اور مپ بہت زیادہ مقدار میں خارج ہوتی ہے۔ قرنیہ بھی بہت جلد شکت کے طور پر ماوت ہو جاتا ہے۔ عوارض جسمانی مثلاً بخار وغیرہ بھی اس کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔
 میں اپنے آپ کو ٹھنک محسوس کرتا ہے۔ مختہ ورم کی وجہ سے قرنیہ کے چاروں طرف دیوار کے مانند اٹھ جاتا ہے اور قرنیہ اس کے درمیان کٹوری کے پئیدے کے، نزدیکی دیتا ہے۔ قرنیہ کا مناسب تغذیہ نہ ہونے کی وجہ سے اس میں قرح نمودار ہو جاتے ہیں اور بعض اوقات قرنیہ بالکل گل جاتا ہے اور آنکھ خراب ہو جاتی ہے۔

اس مرض میں مدت حضرت چند گھنٹوں سے لے کر تین دن تک ہوتی ہے اس میں بالائی جن بہت زیادہ متورم ہو کر نیچے کو ٹک جاتی ہے اور اس سے ناسے پر مپ لگی ہوتی ہے، اس کو پلٹنا مشکل ہوتا ہے اور بعض اوقات بالکل ناممکن ہو جاتا ہے اور اگر کسی طرف بہت کر دیکھ سکیں تو بھینتی مختہ کا رنگ گہرا سرخ ہوتا ہے اور اس میں مکی کفشت پائی جاتی ہے۔ شاذ و نادر میں پرغشہ کا ذب بھی پیدا ہو جاتی ہے بعض اوقات ردی یا مسیدی موز کے بجائے مصلی رطوبت ملتی ہے۔ اس قسم کی رطوبت اس وقت خاص طور پر ملتی ہے جب کہ عقدی کرویات اس کا باعث ہوں۔ درد بہت زیادہ ہوتا ہے۔ کان کے سامنے کا لغاوی غده پھول جاتا ہے اور اس میں درد و تالم کا حساس ہوتا ہے کبھی کبھی اس کے اندر اشیاع بھی ہو جاتا ہے۔

دو یا تین ہفتے کے بعد مسیدی رطوبت کم ہو جاتی ہے اور تحت الحاد التهاب لمختہ جس میں جو مصلی و بازت پائی جاتی ہے عرصہ تک قائم رہتا ہے۔ اس حالت میں بھی اس کے اندر کرویات سوزا کی پائے جاتے ہیں۔ گویا اس وقت تک اس کا عدد دوسروں تک منتقل ہو سکتا ہے۔ اس صورت میں باقاعدہ علاج جاری رکھنا ضروری ہے۔ اس سوزا کی حملہ سے نجات نہیں پیدا ہوتی۔

سوزاک کی موجودگی تشخیص کے لئے زبردست علامت ہے اور اس امر کی قوی دلیل ہے کہ یہ حالت سوزا کی ہے۔ مصنف صاحب کہ ایک آنکھ اور وہ بھی بائیں ماوت ہو لیکن اس یقینی تشخیص کے باوجود یہ مناسب ہے کہ مپ کا جراثیمی معائنہ لازم کے طریقہ سے سلائڈ کو رنگ کر خوردبین کے ذریعہ کر لیا جائے اور اس کے بعد تشخیص کو کامل یقین کے ساتھ متعین کر کے علاج شروع کیا جائے۔ اندام مرض کے متعلق اس ام کا خطرہ ہوتا ہے کہ جو آنکھ ماوت ہے اس کی بنیائی زائل اور اس آنکھ کی مددی دوسری تندرست آنکھ میں نہ پہنچ جائے۔

اس مرض میں ہمیشہ قزنیہ کے عوارض پیدا ہوتے ہیں اور ان ہی کی وجہ سے ناچا پن لاحق ہو جاتا ہے نتیجہ کے طور پر تمام قزنیہ میں سحابی خاکستری ندوی نائل لفظ پیدا ہو جاتے ہیں۔

سطحی بشرہ میں بل واسطہ کزایات سوزاکی کے حملہ کی وجہ سے مختلف مقامات مردہ ہو جاتے ہیں ورنہ ان کے اندر مٹے ہوئے پڑ قروح پڑ جاتے ہیں۔ قزنیہ کے چاروں طرف متورم مٹیر کے ٹٹے ہوتے ہونے کی وجہ سے اس کے پٹے پیپ جمع ہو جاتی ہے۔ اور اس پیپ کی وجہ سے تمام قزنیہ کے کناروں پر قروح پڑ جاتے ہیں۔ یہ قروح شروع ہونے کے ساتھ ہی بت جلد چاروں طرف گزائی میں بڑھنے لگتے ہیں۔ کیوں کہ نسجوں کے اوپر کا بشہ ضایع ہو جاتا ہے جس سے لفظ مرافعت کا پیدا ہوا ہی فوت ہو جاتا ہے۔ سی لئے قزنیہ میں عموماً سوزاچ ہو جاتے ہیں ورنہ اس کے ساتھ تمام وہ خطرات پیدا ہو جاتے ہیں جو اس کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ دوران مرض میں قروح دیر کے بعد پیدا ہوں تو زیادہ خطرناک نہیں سمجھتے۔

اس کے معائنہ اور علاج میں بہت احتیاط برتی جائے تاکہ قزنیہ کو کسی قسم کا عدم نہ پہنچے بعض اوقات ناس سے خراش پیدا ہو سکتی ہے۔ اور روئی کی پھیری کو بھی سختی کے ساتھ استمال کرنے سے تکلیف پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ پیپ میں بکثرت کرویات سوزاکی کی موجودگی سے قروح کے جلد پیدا ہونے کا خطرہ رہتا ہے۔

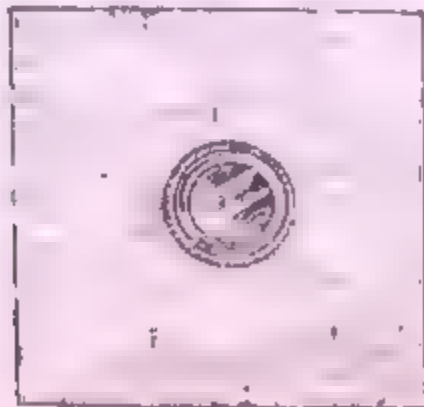
عنبیہ وجسم بدلی کا التهاب اپنے طرح طرح کے عوارض کے ساتھ باوجود قزنیہ میں سوزاچ نہ ہونے کے بھی پیدا ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے مینائی میں بہت زیادہ خرابی واقع ہو جاتی ہے۔ التهاب مفضل سوزاکی بھی اس کے بعد پیدا ہو سکتا ہے اور التهاب بطانہ العلویہ نیز نسیم الدم کے لاحق ہونے کا بھی امکان ہے۔

علاج سے پہلے تدبیرات

آنکھ کو بچانے کی تدبیریں کی جائیں شکل ۱۱۱
جس کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ ماہر
بکمر کا شیلڈ لگا دیا جائے۔

اس کی صورت یہ ہو کہ گھڑی کے
نیشے کو آنکھ پر لگانے کے بعد اس کے

چاروں طرف چپکنے والا پلاسٹر لگا کر جلد سے چپکا دیتے ہیں اور اس کے نیچے بہر کی طرف ربر کی چھوٹی سی ٹکلی لگا دیتے



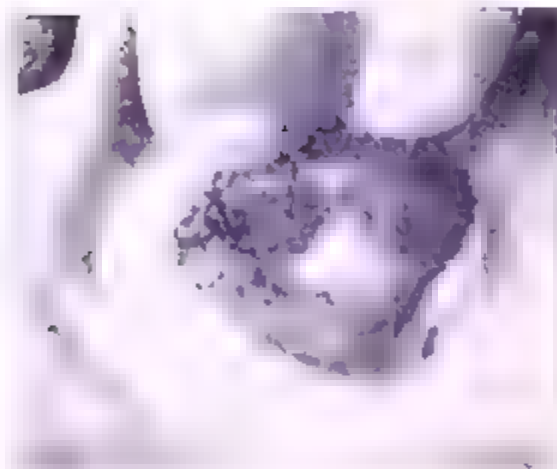
شکل ۱۱۱

ہیں تاکہ ہوا کی مدد و قوت کار سستہ قائم رہے۔ اگر ایسا نہ کیا جائے تو شیشے کے اوپر سجائی کیفیت ظاہر ہو جاتی ہے جس کا
دب سے سرف دکھانی نہیں دیتا۔ اس کے علاوہ آنکھ کے اندر خزش بھی بڑھ جاتی ہے مذکورہ مشیلہ کو ناک کی طرف غام
دھوپ قائم کرنا چاہئے تاکہ اس طرف سے دُف آنکھ کی کسی قسم کی رطوبت تندرست آنکھ میں نہ پہنچ سکے۔ مرض کو
ہدایت کر دی جائے کہ جس طرف کی آنکھ دُف ہے اسی طرف کی کر دُف پر لٹیا ہے مگر دونوں آنکھوں میں یہ
مرضی حالت پیدا ہو جائے تو دونوں کے لئے مختلف سامان علیحدہ علیحدہ ہونا چاہئے۔ ورنہ ایک آنکھ کا شدید عدوی
دوسری آنکھ میں پہنچ کر اس کو خراب کر دے گا۔ آنکھ کے دھونے اور پٹی وغیرہ کے لگانے میں اس امر کا خیال رکھیں
کہ جس آنکھ کی حالت نسبتاً بہتر ہے اس کو پیسے دھویا جائے اور پہلے پٹی لگائی جائے۔

اگر بعض کی آنکھ کی رطوبت اچھل کر معاج کی آنکھ میں پڑ جائے تو فوراً اجھان کو ہٹا کر آنکھ کو سیما بی کلورائیڈ
Mercury chlorid محلول سے بخوبی دھویا جائے اور اس کے بعد فوراً اجھان کو لپٹ کر کاشک لگا دیا جائے اور
بجز روز تک آنکھ کو دیکھتے رہیں۔ مگر اس وقت تک کوئی علاج نہ شروع کریں جب تک کوئی مرضی کیفیت نہ پیدا ہو
یہ حادثہ ہمیشہ میں بچپن کی بے احتیاطی سے رونما ہوتا ہے۔ سوزا کی التهاب ملتحہ کا علاج ہر معاج کو عینک لگا کر
کرنا چاہئے۔

اگر مرض ترقی پذیر ہو اور مواد کا اخراج کافی ہوتا ہو تو دن میں ہر دو گھنٹہ کے بعد اور رات کو ہر چار
گھنٹہ کے بعد دھونا چاہئے۔ اس معراج کے لئے طبعی طاقت کا ٹیکن گرم محلول استعمال کیا جائے یا بورک محلول یا
سیما بی پر کلورائیڈ محلول کی طاقت ۸۰۰۰ میں ایک ہوا کو بھی استعمال کر سکتے ہیں اور دھونے کے بعد دُف سے سرد کئے ہوئے
پانی سے آنکھ پر پٹی لگانی چاہئے مگر یہ خیال ہے کہ پٹی نہایت ڈھیلی اور ہلکی باندھیں۔ تاکہ آنکھ کے اندر رطوبت نہ جمع ہو جائے
مرضی کو تاکید کر دی جائے کہ بستر پر آرام سے لیٹا ہے۔ اگر مرض لکھا پڑھا سمجھ دار ہو اور معاج کی ہدایات پر عمل
کرے تو محلول سے دھونے کے بعد آنکھ کو خوب ٹھنڈے مہلر پانی سے خود دھوئے کیونکہ ٹھنڈے پانی سے دھونے
پر مرضی کو بڑا آرام ملتا ہے۔ مگر ہمارا خیال ہے کہ گرم ٹھنڈے اس سے بہتر اور زیادہ مفید ہے۔

ملتحہ پر چاندی کے مرکبات کے لگانے سے سب سے زیادہ فائدہ ہوتا ہے۔ ان مرکبات کو احتیاط کے ساتھ
استعمال کرنا چاہئے۔ سوزا کی التهاب میں ان کو اس لئے استعمال کیا جاتا ہے کہ کرویات سوزا کی طبیعت کے اندر ملنے



- (۱) آنکھ پر گھڑی کا شیشہ لٹاکو قائم کرنے کا طریقہ •
- (۲) اجشان کو پلٹ کر خراب قسم کے زخموں کو دکھایا گیا ہے •
- (۳) خراب قسم کی دھندلے دھوہی جس میں اجمان دیوڑھا ہو گئی ہے •

ہیں اور یہ جہ پیلہ پٹے ہیں کہ طبع پر کاشک لگانے سے طبعی فعلیات ضائع ہو جاتے ہیں۔ ان ہی فعلیات کے انکڑویت سوزیر پاسے ہاتھ ہیں کہ ان فعلیات کے رفتہ رفتہ الگ ہونے پر جتنے جراثیم ہوتے ہیں وہ بھی آگے الگ ہو جاتے ہیں۔

اگر کوئی غاس مرنے نہ ہو تو انہیں کو پٹ کر ان پر بخوبی کاشک لگایا جائے اس کا شک محلوں کی طاقت ۱۰ فیصدی ۱۰ اونس میں اگر مرنے ہو تو یہ دن میں ایک ہی مرتبہ اس کو سستوں کیا جائے۔ اس کا جی خیاں کہ کاشک لگانے میں کسی قسم کی تکلیف یا سدمہ آئے گا نہ ہو۔

جب تپری طبع رطوبت کا خراج شروع نہ ہو جائے اس وقت تک کاشک نہ لگایا جائے۔ اسی طبع خری مرنے میں جب کہ درم میں سختی پیدا ہو جائے اور آنکھ سے رطوبت بہت کم لگے تو اس وقت ہی اس کا استعمال مناسب ہے کیونکہ ان حالات میں دوران خون میں اس قدر سکون ہوتا ہے کہ مدخل کافی نہیں دیتا اور کاشک سنجہ کہ مرہ کر دیتا ہے ان حالات میں ان سنجہ کو مرہ ہونے سے بچانا ہمارا پلا فرض ہے۔ لہذا ایسی صورتوں میں جیسے کاشک لگانے کے تمکیدات سے کام لیا جائے اور جو نکلیں لگوائی جائیں۔ جو تک لگوانے کی بہترین تلبہ آنکھ سے بہنے کوئے کے پاس ذرا باہر کی طرف بہت کر مدعی مقام ہے۔ اگر اچھا بہت زیادہ پیچھی ہوئی اور منقبض ہوں تو باہر کے کونے کو کاٹ دینا چاہئے (Canthoplasty) یہ دنی حقیقہ کو کاٹ دینے سے کچھ خون نکل جاتا ہے جس سے فائدہ پہونچتا ہے کیونکہ آنکھ کے اندر کی رطوبت یا مواد کو باہر نکلنے میں آسانی ہوتی ہے۔

بعض ماہرین نے بتایا ہے کہ اگر متورم طبع پر باہر ایک باہر ایک اور لمبے بے شکاف ٹے جائیں تو ان سے بڑا فائدہ ہوتا ہے۔ میرے خیال میں ضرورت کے وقت ایسا کرنا چاہئے۔ قرنیہ کے چار طرف طبع کے ابھار کو جو چاروں طرف سے قرنیہ کو گھیرے ہوتا ہے۔ کاٹ کر الگ کر دینے سے بھی فائدہ ہو سکتا ہے مگر اس کے کاٹنے میں کوئین محلوں کے استعمال کی ضرورت ہوتی ہے لیکن کوئین کا محلوں قرنیہ کے بشری طبقے پر اثر رکھتا ہے یعنی اس کی قوت حیات کو کم کر دیتا ہے جس کی وجہ سے جراثیمی حملہ کے بعد اس کے اندر فوراً قرع نمودار ہو جاتے ہیں۔ لہذا اس کے متعلق غور فکر کے بعد فیصلہ کرنا چاہئے۔ بعض ماہرین کا تجربہ ہے کہ سیما بی مرکبات کو جسم پر ملنے یا کیلول خفیف مقدار میں لگانے سے فائدہ ہوتا ہے اور طبع کا درم کم ہو جاتا ہے۔

ماہر دوم کا خیال ہے کہ آنکھ کے اندر سوزاکی فادہ سنی مصل ڈالنے سے قمری سناعت پیدا ہو جاتی ہے۔ جراثیم

کی سمیت متادل ہو جاتی ہے اور تکلیفات میں کمی جاتی ہے خشک فادہ سین انرل کے کو اس کا سفوف آنکھ

کے اندر چھڑکا جائے یا مٹی کی سیالیاں میں اس کا ایک فیصدی طاقت کا محلول بنا کر اس سے آنکھ کو خوب دھویا جائے

سوزاکی و کمین کی تلیق عموماً بیکار ثابت ہوتی ہے۔ گنوریل فانی لا کو جن کو خفیف مقدار میں زیر حد باؤ

کے اوپر تلیق کرنے سے بہت فائدہ ترتیب ہوتا ہے۔ پہلے روز ۲ سی سی دوسرے روز ۳ سی سی تیسرے روز ۴ سی سی

تلیق مقدار میں کے مطابق متعین کی جائے اور مہینہ میں ایک پیکاری دودھ Anlan کی لگائی جائے

دودھ کی پہلی مرتبہ ۲ سی سی پانچ روز کے بعد ۴ سی سی پھر پانچ روز کے بعد ۵ سی سی اور اولان کی مقدار پہلی ۲ سی سی

اور دوسری ۱۰ سی سی پھر ۱۰ سی سی دیا جائے۔

عصمت کی طرف توجہ کی جائے مہل لے کر آنکھوں کو صاف رکھا جائے۔ عمدہ غذا مقوی دوا اور بطور دوا

انگوری شراب بھی نہایت خفیف مقدار میں ایک چمچ پیاد وچھپ دوا دی جائے بشرطیکہ کوئی ضرورت محسوس ہو غرضیکہ

ہر ممکن طریق سے مرض کی طاقت کو قائم رکھنے کی کوشش کی جائے۔ خواب آور دمنوم ادوائیں دی جائیں۔ عام اصول

سے مطابق مسکنات استعمال کرہیں۔ اگر مرض ضعف کی شکایت کرے تو مناسب تدارک کیا جائے۔

دہن کے آخری مہینے میں جب صدیدی رطوبت کا اخراج بند ہو جائے تو کاسٹک کا استعمال زیادہ وقفہ

کے ساتھ جاری رکھا جائے ورنہ اس کے بعد عین محلولات استعمال کئے جائیں۔ قرنیہ ماؤف ہو کر ویرڈین آنکھ میں ضرور

ڈال جائے۔ چونکہ قرنیہ کے ۱۰ ف ہونے کے ساتھ التهاب غبیہ ضرور ہوتا ہے لہذا قرنیہ کا خیال رکھیں کہ کہیں بڑھ

نہ جائے قرنیہ کے عوارض کا علاج نہایت مستعدی سے کرنے کی ضرورت ہے۔

مفصلی التهاب سوزاکی کے ساتھ التهاب ملتحمہ سوزاکی بھی پایا جاتا ہے جس میں خون کے ذریعہ ملتحمہ تک عدوی پہونچتا ہے

مگر اس صورت میں ملتحمہ التهاب بہت خفیف درجہ کا ہوتا ہے اور دونوں آنکھوں میں پایا جاتا ہے۔ مقامی علاج سے

بہت جلد فائدہ ہوتا ہے مفصلی التهاب اگر دوبارہ رونما ہو تو مکرر اسی حالت کا اعادہ ہونا ممکن ہے۔

سوزاکی التهاب ملتحمہ مولودی | بچے کو اس مرض سے بچایا جاسکتا ہے۔ ۵۰ فیصدی اندھے بچوں کے اندھا

کا سبب یہی ہوتا ہے اور تمام اندھے انسانوں میں سے ۵ فیصدی کا ذرا

ophthalmia neonatorum

یہی التهاب ہے۔ مالک متحدہ امکیوں میں یہ نذازہ خصوصیت کے ساتھ ٹھیک ہے۔ مہیلی رطوبت جس میں سوزا کی روایت ہو چڑھوں اس سے ولادت کے وقت یہ عدوی بچوں کی آنکھ میں شامل ہوتا ہے اسی طرح میلے کپڑوں سے اگر آنکھ کو صاف کرنا نہ ہو تو ان سے بھی یہ عدوی نقل ہوتا ہے۔ اس عدوی کے بعد مدد دینی تیسرے روز نمایاں ہو جاتی ہے۔ اگر اس مدت کے بعد مواد کا ظہور ہو تو سمجھنا چاہئے کہ عدوی پیدائش کے بعد بچے کی آنکھ میں پہنچی۔

بچے کی پیدائش کے بعد اگر پہلے ہفتہ میں کسی قسم کی رطوبت آنکھ سے خارج ہوتی ہے تو اس کو مشکوک سمجھنا چاہئے کیونکہ اس عمر میں رطوبت ذمی کا افراز نہیں ہوتا۔ اگر سوزا کی عدوی موجود ہو تو بہت جلد رطوبت صمدیدی شکل اختیار کر لیتی ہے جو پیٹے مخاطی ہوئی پیپ سے مشابہ ہوتی ہے۔ دونوں آنکھوں میں یہ مرض ایک ہی وقت میں پایا جاتا ہے مگر دونوں میں سے ایک آنکھ دوسری سے زیادہ خراب ہوتی ہے۔ ملتحمہ میں دونوں قسم کا التهاب ہوتا ہے اس کا رنگ شوح شمرج اور ملتحمہ متورم ہوتا ہے۔ اجفان کو جب آرا رافقہ اکھن سے بن کر دیکھا جب تو طبقہ قرنیہ بھرے تجھے تجھے کے درمیان ٹوری کے پندے کے۔ مد نظر آتا ہے مقلی ملتحمہ کے اندر ترشح بہت زیادہ ہوتا ہے اور درم اس کی نمایاں خصوصیت ہے۔ ملتحمہ سے پیپ کا اخراج بہت زیادہ ہوتا ہے۔ اجفان کا پٹنا نامکن ہو جاتا ہے۔ چند روز کے بعد اجفان نرم ہو جاتی ہیں اور آسانی سے پٹی جا سکتی ہیں۔ ملتحمہ میں پھیپاں پڑ جاتی ہیں اور یہ مقلی شکل اختیار کر لیتا ہے دوران خون میں سکون کے بجائے شدید احتقان پایا جاتا ہے پیپ کا اخراج بڑھ جاتا ہے۔ مصل کا بھی ترشح ہوتا ہے اور بعض وقت خون بھی پایا جاتا ہے۔

بعض آنکھوں میں کاذب جھلی بھی بن جاتی ہے حالت التهاب خناق و بائی سے بہت مشابہت رکھتی ہے ہورلی التهاب ملتحمہ میں قرنیہ کے قروح کا بہت زیادہ خطرہ ہوتا ہے۔ کرویات زوجی سوزا کی طبعی طاقت والے غلیات بثری کے اوپر حمل کر کے ان کو تباہ کر سکتے ہیں۔ بخلاف ان کے معمولی عدوی میں یہ غلیات بثری حد تک مدافعت کا کام انجام دیتے ہیں اگر قرنیہ میں خفیف سی سحابی کیفیت پیدا ہو جائے تو اس کو مشکوک سمجھ کر مناسب علاج کرنا چاہئے۔ بسا اوقات بہت مدد قرنیہ پر قروح پیدا ہو جاتے ہیں اور سوراج ہو جاتے ہیں۔ معالج کے پاس مریض کے آنے سے پہلے ہی یہ مدد چھپکے ہوتے ہیں۔ قرنیہ کے مرکزی حصہ کے نیچے بیضوی حصہ پر قرمہ علونا پہلے نمودار ہوتا ہے۔ یہ وہ مقام ہے جہاں پردوں اجفان کے کنارے آنکھ بند ہونے پر ملتے ہیں۔ شاذ و نادر جو انوں میں بھی یہ قروح پائے جاتے ہیں۔ اور مرکزی مقام

یہ بتی ستارے۔ یہ قریح بہت جلد سح اور گہرائی میں پھیلے ہیں۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ لفاوی دوران میں سکون ہوتا ہے اور تندیہ پہنچانے والے حروق چاروں طرف سے دباؤ کی وجہ سے تقریباً بند ہو جاتے ہیں جب قریح میں سوراخ ہو تو وہ کے درمیان اس مقام پر سیاہ داغ نظر آتا ہے جس میں عنبیہ بابہ کو ابھرا ہوا معلوم ہوتا ہے۔ جس وقت قریح میں یکایک سوراخ ہو جاتا ہے اور اس کے اندر سے مددہ جلدیہ یا ہر کوئل پڑتا ہے اور کبھی قریح میں سیاہ سوراخ نظر آتا ہے جس کے اندر بہت زبردستی جبری ہوتی ہے۔

شک کے ساتھ سوزا کی سہ ماہی شذوذ اور عضلی التهاب بھی شروع ہو جاتا ہے عموماً تیسرے یا چوتھے ہفتہ میں یہ حالت پیدا ہوتی ہے۔ نکھٹے۔ نکھٹے اور تھکے کے جوتوں میں یہ التهابی حالت پیدا ہوتی ہے شذوذ اور نکھٹے نفس تو بھی دوف کرتی ہے۔ مگر خراج کبھی نہیں پیدا ہوتے اور اگر پیدا بھی ہوئے ہیں تو بہت ہی کم۔ مین پچوں کی آنکھ کا معائنہ کرنے کے لئے معالج کو سینک ضرور استعمال کرنا چاہئے۔ اور معائنہ اسی طریقہ پر کرنا چاہئے جو پہلے بیان کیا جا چکا ہے۔ اجنان کو الگ الگ کرنے کے لئے ماہر دوسرے کا آلہ رافہ اکھن ہمیشہ استعمال کریں ورنہ مقدمین پر نصف دباؤ پہنچنے سے بھی قریح میں سوراخ ہو جانے کا ڈر رہتا ہے۔

تشریح مرضی۔ ہر مریض کی آنکھ سے پیپ بیکراس کا معائنہ کیا جائے ان مریضوں کا التهاب ۶۰ سے ۷۰ فیصد تک کثایت سوزا کی ہی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ بقیہ ۱۰ فیصدی مریضوں میں عصارہ قووننی پائے جاتے ہیں اور آنکھ میں براہ سے مدوی مقل ہو کر پہنچتا ہے۔ کرویات عقدیہ سے پیدا ہونے والا التهاب ملحمہ سوزا کی التهاب ملحمہ سے زیادہ شدید ہوتا ہے۔ اس میں چونکہ قریح کی عات مخدوش ہوتی ہے اس لئے نوزائیدہ مریض بچوں کی آنکھ کا جراثیمی معائنہ ضرور کرنا چاہئے۔

قریح میں سوراخ نہ ہو تو شفا یاب ہو جانے کے بعد ندبی ساخت بہت بتی ہے جس کی وجہ سے آنکھ میں سفیدی قائم رہ جاتی ہے۔ بچوں میں یہ سجائی کیفیت (Nobula) باعتبار جوانوں کے زیادہ صاف ہوتی ہے یعنی کم دہن ہوتی ہے اور اگر قریح میں سوراخ ہو گئے ہوں تو طبقہ عنبیہ قریح کی پھلی سطح سے ملحق ہو جاتا ہے قریح کا مٹی زجری مقدم شفا محققہ کزی غلافی موتیا بند۔ التهاب کل عین وغیرہ سوزا کی مولودی التهاب کی وجہ سے پٹے ملتے ہیں ان میں سے مقدم انفاح قریح بہت عام ہو اگر مبینی کائیہ صانع نہ ہو تو کم از کم

بنیائی کا اکثر ضرور ضائع ہو جاتا ہے جس کا سبب قرنیہ کی سحابی کیفیت ہوتی ہے۔ چونکہ بقیہ صفائی پر بنیائی کا قیام پہلے چند ہفتوں میں ظور پذیر ہوتا ہے اس لئے اس میں خرابی واقع ہوتی ہے۔ بچوں میں رقص امین کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کا بھی مکان ہے کہ رقص امین کی حالت بیماری کے کچھ عرصہ کے بعد پیدا ہو۔

علامت۔ حفظہ مقدم کے ہول کی پبندی بہت ضروری ہے۔ اگر حاملہ عورت کے مہل میں سوز کی شکایت ہو تو بچہ کے پیدا ہونے پر اس کی اجھان کو بخوبی صاف کیا جائے اور شک کرنے کے بعد آنکھ کھول کر اس کے اندر ایک فیصدی کا شاک محلول کا ایک قطرہ ڈالا جائے۔ دونوں آنکھوں میں ایسا ہی کیا جائے اور پہلے ہفتہ میں آنکھوں کو برابر دیکھتے رہیں۔ اگر مرضی کیفیت شروع ہو جائے تو ہر دو گھنٹہ کے بعد چھٹی طرح آنکھ کو اندر سے دھو کر بنان کو پٹنے کے بعد دو فیصدی طاقت کا شاک محلول روزانہ لگایا جائے۔ مگر نرس یا صبح بچے کی آنکھ کا معائنہ کرنے اور اس کو دھونے اور دھونے کے وقت اپنی آنکھوں پر عینک ضرور لگائیں۔ آنکھ کو دھونے یا شاک لگانے میں اس امر کا خیال رکھیں کہ قرنیہ کو بالکل چھوا جائے تاکہ نرم شدہ بشری غلیات کو کسی قسم کا سد نہ پہنچ سکے۔ آر جی رول پروڈر گول اور چاند کے دوسرے کولائیڈل مرکبات کو شاک کے بجائے نہ ہتھال کر جانے۔ مگر جب خطرناک حالت جاتی ہے تو ان کے چند قطرات آنکھ میں ڈال سکتے ہیں۔ قرنیہ کی کیفیت سحابی کیفیت کے ساتھ ہونے پر فوراً ایٹر وین محلول ڈالا جائے جس کی طاقت نصف فیصدی ایک اونس پانی میں ۱۲ گزین ہو۔

سوز کی مولودی التهاب اور اس کی وجہ تو جراثیم ہیں۔ حق یہ ہے کہ کورنکے کی کوشش کرنا چاہئے ہم مولودی سوز کی التهاب طحہ کو روک سکتے ہیں تاہم یہ بہت سے مضمیوں میں اندسپن کا باعث بنتا ہے۔ انگلستان میں عام طور پر کے واسطے یہ قاعدہ بنایا گیا ہے کہ اگر بچہ پیدا ہونے کے بعد دو تین روز کے بعد اس کی آنکھ ملتب ہو تو دایہ کا ذائقہ ہونا ہے کہ وہ فوراً کسی ڈاکٹر سے مشورہ کرے اور حاکم وقت کو اطلاع دے کہ قلال ڈالنے کا علاج شروع کر دیا گیا ہے۔ بروکس دایہ ایسا نہ کرے اور حاکم کو اطلاع ہو جائے تو دیکھ کر سخت مزاحمت ہوتی ہے۔ تجربہ سے معلوم ہوا ہے کہ بعض حاج س مضمی شخص جلد میں کر سکتے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جلد مناسب علاج نہیں شروع ہو سکتا۔ اسی وجہ سے بنیائی میں کافی نقص واقع ہو جاتا ہے اور بہت سے بچے اندسے بھی ہو جاتے ہیں۔ چونکہ ہندوستان میں ایسا کوئی قانون نہیں بنایا گیا اس لئے

آئے دن اُریسے جو دُش پیش آتے ہیں تو کوئی تعجب کی بات نہیں۔

۱۱۔ ری تدبیر جوں مرض کے خلاف جدوجہد کے طور پر اختیار کی جائے وہ یہ ہے کہ جس حاملہ عورت کو سوزاک ہو اس کو مناسب علاج کیا جائے تاکہ یہی رطوبت کا اخراج بند ہو سکے۔ دوسرے یہ کہ مان کے مہل سے بچے کی آنکھ میں پیدائش کے وقت رطوبت کے دند کو جہاں تک ہو سکے روکا جائے۔ جب بچے کا مہل سے باہر نکل آوے تو آنکھوں کے کھولنے سے پہلے ہی ان کو پوری طرح صاف کر دیا جائے لیکن ہر ایک آنکھ کو مطہر روئی سے الگ الگ صاف کیا جائے۔ بچے کے جسم پر نمی ہوئی رطوبت کو صاف کرنے کے لئے اس کو غسل دیتے وقت اگر یہی پانی مُندھوٹنے کی غرض سے بھی استعمال کیا جائے تو آنکھ میں عدوی کے پونچنے کا ڈر ہے اس لئے بہتر ہے کہ مطہر پانی سے آنکھیں صاف کی جائیں اور آنکھوں کو صاف کرنے کے بعد فیصدی طاقت والا کاسک کا محلول بچے کی آنکھوں میں استعمال کیا جائے۔

حفظ مائتدہم کے طور پر استعمال کی جانے والی دوائیں۔ تجربہ سے ماہر کرتیدے کا طریقہ نہایت کارآمد ثابت ہوا۔ یہ طریقہ خصوصیت کے ساتھ جب غیر طبعی مہل رطوبات وضع محل سے پہلے موجود ہوتی ہیں اس وقت زیادہ کارآمد ہوتا ہے مگر عام طور پر دایہ کے ذریعہ اس کا استعمال بہتر نہیں کیوں کہ (۱) دوا کے چند قطرے آنکھ میں ڈالنے کے بعد دایہ سمجھنے لگتی ہے کہ اب اس کی ذمہ داری ختم ہو گئی اور لبقیہ صفائی وغیرہ کی ضرورت نہیں ہو حالانکہ بعد کی صفائی کا خیال نہایت اہم اور ضروری ہے (۲) دواؤں کے ڈالنے سے آنکھ میں جو رد عمل رونما ہوتا ہے اس کو مرض کا آغاز سمجھ کر ڈاکٹر کو فوراً اطلاع دیتی ہے کہ بچے کو مولودی سوزاک کی التهاب شروع ہو گیا ہے (۳) یہ بھی ممکن ہے کہ سوزاک کی التهاب کے پہلے درجہ کو دایہ نظر انداز کر جائے اور یہ سمجھے کہ یہ مرض نہیں بلکہ دوا کا رد عمل ہے۔

جب سوزاک کی التهاب شروع ہو جائے اور اس کا علاج ایسے ڈاکٹر کی طرف رجوع کیا جائے جس کو سوزاک کی التهاب کے تمام بہت کم تجربہ ہو یا جس کو ایسے مریضوں کے علاج معالجہ کی خاص تعلیم نہ دی گئی ہو تو اس ڈاکٹر کو چاہیے کہ فوراً کسی تجربہ کار مہمان خصوصی سے مشورہ کرے۔ یہ یاد رہے کہ بچے کی آنکھ میں جو رطوبت پہلے ہفتہ میں پانی جاتی ہے۔ عموماً وہ کسی نہ کسی منفی کیفیت کا سبب ہوتی ہے۔ اسی لئے اس دوران میں اگر آنکھ کے اندر کسی قسم کا مواد پاد جاسے تو اس کو نکالنا کساد سے دیکھنا چاہئے اور اس کا جراثیمی معائنہ جس قدر جلد ممکن ہو کرنا چاہئے۔ اگر بچہ ۱۰ سال یا اس سے بعد عمده ہو۔ قابلِ معائنہ علاج کے واسطے دستیاب ہو سکے اور تیار دار نرس بھی موجود ہو

تو گھر کا علاج زیادہ کامیاب ثابت ہوتا ہے۔ مگر اکثر حالات میں مذکورہ بائوٹراکاپور سے نہیں ہو سکتے اس لئے اس کے بجائے دونوں کو شفا خانہ میں داخل کر دینا چاہئے اور جہاں تک ممکن ہو سکے ایسے شفا خانہ میں ان کو داخل کیا جائے جہاں کہ اس مرض کا خاص طور علاج کیا جاتا ہو۔ ہندوستان میں بدقسمتی سے ایسے شفا خانے صرف چند مقامات پر ہیں اس لئے ناظرین خیال کر سکتے ہیں کہ اس بڑی ملکیت میں اس التہاب سے پیدا ہونے والے اندیشے میں روکنے میں نہایت تکلیف کا میاب ہو سکتے ہیں۔ جب گھر پر کوئی انتظام اس کے تدارک کا نہ ہو سکے تو ہمارے فرض ہے کہ جہاں تک ممکن ہو کسی شفا خانے میں داخل کر دیں۔ پیدائش کے بعد فوراً اور پھر روزانہ اس کی نگہ کا معائنہ کروا کر دھرتے رہیں۔

نشانی التہاب ملتحمہ (جس کا سبب عصب خنق و بانی ہوتا ہے) اس التہاب میں گٹھے کے التہاب کی طرح متحرک سٹیک اکاذیب خنق سے ڈھک جاتی ہے اور جس طرح گٹھے کے خفیف التہاب کو التہاب خنقی

Membranous Conj.

۱۱۔ شدید قسم کے التہاب کو غشائی التہاب کہتے ہیں اس طرح ملتحمہ خنقی التہاب میں بھی اس مناسبت کا خیال رکھا جاتا ہے۔ یعنی تشخیص جراحی امتحان کے بعد قلم کی بجائے کیونکہ خنق و بانی کے جراثیم کے علاوہ ذیل کے جراثیم بھی کمزور کچوں میں خصوصیت کے ساتھ غشائی التہاب پیدا کر سکتے ہیں۔

(۱) ارویات ذات الریه (۲) کرویات عقدیہ۔ کے عدوی سے اور خسرہ وحشی قرمزہ کے بعد بھی پائنت پائی جاتی ہے اس لئے ان صورتوں میں پیدا ہونے والی التہابی حالت کا نام التہاب غشاکاذب رکھا گیا جو علامات کے لحاظ سے اس کی تشخیص فاروق شکل ہے۔ خنقی التہاب بچوں میں خصوصیت کے پایا جاتا ہے اور شدت کے لحاظ سے اس کے خفت خارج ہوتے ہیں اس کی نہایت شدید حالت سوزاکی شدید التہابی حالت سے مشابہ ہوتی ہے خفیف و نسبی حالت میں اجفان کسی قدر متورم ہوتی ہیں اور خارج ہونے والا مواد مخاط یا مپیہ یا مصلی کیفیت سے ہوتا ہے۔ اجفان کو پلٹنے پر حنفی ملتحمہ سفید جھلی سے ڈھکا ہوا دکھائی دیتا ہے اس جھلی کو آسانی سے علیحدہ کیا جاسکتا ہے جھلی کو علیحدہ کرنے پر خون نہیں نکلتا۔ شدید حالات میں اجفان زیادہ دبیز اور متورم ہو جاتی ہیں۔ ملتحمہ کا جھلی سے جدا ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے آنکھ کی حرکت میں کمی آ جاتی ہے۔ عروق پر دباؤ پڑتا ہے ترشحات میں کمی پڑتی ہے جس کی وجہ سے ملتحمہ اور طبقہ قرنیہ دونوں مردہ ہو جاتے ہیں۔ اس مقام سے جھلی ذرا مکمل سے جدا ہوتی ہے۔ اگر اس کو علیحدہ کیا جائے تو زیرین سانحوں سے خون نکلتے لگتا ہے کبھی یہ جھلی ملتحمہ پر جابجا چھوٹے چھوٹے قہوے کی طرح پڑتی ہے

جینی سے نہ ہوتا۔ طبیعت ہے مگر جینی طبع پر عموماً موجود ہوتی ہے جھلی کا آغاز اجفان کے کناروں سے ہوتا ہے
سبکی طبع پر جھلی نہیں ہوتی۔ کان کے سامنے والے غدود متورم ہو جاتے ہیں اور ان میں تالم پایا جاتا ہے۔ ان میں
بہن وقت پپ بھی پیدا ہو سکتی ہے جسہانی حرارت بڑھ جاتی ہے مگر موت کے قریب کم ہو جاتی ہے۔ قارورہ میں جسم
بیض پائے جاتے ہیں۔ چھ سے دس روز تک قرنیہ کی حالت مخدوش ہوتی ہے اس عرصہ کے بعد مردہ جھلی الگ ہونا شروع
ہو جاتی ہے اور مواد کے خزانہ کی مقدار بڑھ جاتی ہے چند روز میں طبع سرخ ہو جاتا ہے اس وقت یہ نظر ہوتا ہے
کہ طبع کی مختلف نئی آپس میں ملحق نہ ہو جائیں۔ جینی اور مقلی طبع کا آپس میں الصاق ممکن ہے۔ اگر ایسا ہو تو آنکھ
کی حرکات میں رکاوٹ پیدا ہو جاتی ہے۔ آنکھ کے اس التهاب کے بعد عوارض میں سے استرخاضہ بعضی کا ظہور ہوتا
ہے گریسا شذوذ در ہی ہوا کرتا ہے۔ کبھی کبھی طاقت و توفیق کا استرخاضہ بھی دکھایا گیا ہے۔ جینف شدت الی زیادہ
غشائی التهاب منہ کی حالت بھی ملتی ہے۔ اس حالت کی تشریح مرضی کے متعلق پوری معلومات حاصل نہیں ہیں۔

تشبیه مرضی۔ ماہرین علم الجراثیم یہ ثابت کر چکے ہیں کہ مقامی حالت کی شدت کا انحصار عصارہ خناق و بانی
لی موجودی یا موجودگی پر بہت کم ہوتا ہے چونکہ عصارہ خناق و بانی کو ہم عصارہ زیر و کس (Z:rosis) سے تیز نہیں
کر سکتے۔ اس لیے بہت کم حیوانوں میں مواد کی تخلیق کرنے کے بعد نتیجہ تشخیص نہ کر لی جائے اس وقت تک اس کا سبب عصارہ
خناق و بانی کو نہ قرار دینا چاہئے۔ مذکورہ التهاب سے مشابہت بعض حالتیں گرمی یا کاوی ادویہ۔ ایڈوپین کی خراش
ذیہ کے شور اور دیگر غیر جراثیمی اسباب کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں۔ مندرجہ ذیل جراثیم غشائی التهاب پیدا
کر سکتے ہیں۔

(۱) کرویت ذات الریه (۲) کرویت عقدیہ (۳) عصارہ کانخ ویک (۴) کرویات سوزاکی (۵) کرویات
منہ دیہ (۶) عصارہ نیونیائی (۷) عصارہ قولونی۔ کرویات عقدیہ سے پیدا ہونے والا طبع کا التهاب بچوں میں
خمرہ کی کھانسی تھی قرمز اور خنوازہ کے بعد شدید صورت میں پایا جاتا ہے۔ گلے کے امراض کی صورت میں ناک کے
ستے سے قناتہ انفی میں ہو کر آنکھ کے اندر عدوی پھونچ سکتا ہے لیکن مثنیٰ التهاب کی صورت میں گلے کا خناق مرض بہت کم
پایا جاتا ہے۔ یہ یاد رہے کہ تشخیص کے لئے پہلی بطوب کا معائنہ ضروری ہے تاکہ اس میں اگر جراثیم خناق و بانی موجود ہو
تو تشخیص میں مدد مل سکے۔

ہو وہ مریض جس کی آنکھ میں غشائی التهاب پایا جائے اس کا علاج خناق دہانی کے اصول پر کیا جائے اور اس وقت تک سی صول پر کار بند رہیں جب تک کہ معائنہ سے ہم کو اس انداز یقین نہ ہو جائے کہ خناق دہانی سے برائے باطل موجود نہیں ہیں شکیب حالتوں میں اس وقت تک مریض کو علیحدہ نہ کیا جائے۔ جب تک کہ برائے شکیب سے اس حالت کو خناق دہانی التهاب سے تشخیص نہ کیا جائے۔

علائق۔ اس حالت کا علاج مدد صیدی کے اصول پر کیا جائے صرف اس بات کا خیال رکھیں کہ اس میں کٹاؤ کو استعمال نہ کریں اور کوئے کو نہ کاٹیں کیونکہ یہ کرنے سے وہ سطح زخم جاتی ہے بہت بہت سے تھیں کہ بخیر ہو سکتا ہے مقامی علاج کے طور پر پتھر کو گرم پورک محمول سے خوب دھوئیں۔ ابتداء علاج میں ایتر دین کا ایک قطرہ انہوں میں ڈال دیا جائے۔ کوئین کا محمول جس کی طاقت ایک دن میں سگریں کی ہو اور جس میں کوئین کوئلے کے لئے کھ سے کھ تیزاب استعمال کیا گیا ہو آنکھ میں اس کا پٹکا مفید ثابت ہوتا ہے۔ عمومی بہت مین علاج یہ ہے کہ خناق دہانی کی تین فادسین کی تلیفات کی جائیں اور چونکہ فادسین بے نثر نہیں ہے اس لئے بہ مشکوک حالت میں اس کا استعمال ضروری ہو آنکھ کے اندر فادسین کا پٹکا بھی مفید ثابت ہوتا ہے۔ مریض کی عام صحت کا خاص طور خیال رکھیں۔ زرد بھنم خدائیں اور مقوی ادویہ دی جائیں۔ قرنیہ کے عوارض کا مناسب علاج کیا جائے۔ اس میں فادسین کا استعمال خصوصیت کے ساتھ مفید ہے جیسا کہ تجربہ سے معلوم ہوتا ہو کہ گرد و خرگوش کے قرنیہ میں ستر خناق دہانی کی تلیق کرنے کے بعد ایک خرگوش میں فادسین کی تلیق ویریدی کی جائے۔ اور دوسرے کو اسی طرح چھوڑ دیا جائے تو ایسا کرنے سے پہلے خرگوش کا جھنہ قرنیہ صحیح و سالم رہتا ہے اور دوسرے خرگوش کے قرنیہ میں صحت کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔

قرنیہ میں قرمضی صیدی جراثیم کی مشارکت سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ قرمضی مرکز میں اور قرنیہ کے کنارے پر بھی پیدا ہو سکتا ہے غشائی التهاب اگر کردیت مستد یہ کی وجہ سے پیدا ہو تو قرنیہ کے مردہ ہونے کا خطرہ رہتا ہے۔ اس کے علاوہ مریض کی جان بھی معرض خطر میں ہوتی ہے۔ لہذا ایسی حالت میں نوعی فادسین کو استعمال کرنا چاہئے۔

(Phlyctenular Conj.) اس قسم کے التهاب کو التهاب ملتحمہ کریموی جی کہتے ہیں

ملتحمہ کا بثری التهاب

اس میں ایک یا ایک سے زیادہ چھوٹے چھوٹے گول فاکسٹری یا زرد خفہ کسی حد تک گرد کی سطح سے ابھرے ہوئے پائے جاتے ہیں۔ یہ عقدہ صلی ملتحمہ پر قرنیہ کے محیط کے نزدیک خصوصیت کے ساتھ ملے ہیں

شاذ و نادر جنسی ملتحہ پر بھی پائے جاتے ہیں۔ عام طور پر ان کے ساتھ مستحکم صابری معاشی کیفیت ملتی ہے۔ اور پورا ملتحہ شونہ سرخ رنگ کا ہوتا ہے۔ خالص بشری تہاب میں ملتحہ کی رخی نشاٹ نہ رقبہ میں قائم ہوتی ہے جس کا سر محیط قرنیہ پر واقع ہوتا ہے اسی سر سے پرثرہ پیدا جاتا ہے۔ عموماً یہ تہاب پانچ چھ برس سے دل برس کے بچوں میں زیادہ ملتا ہے۔ اس سے زیادہ صغیر سن بچوں میں نہیں پایا جاتا کبھی کبھی جو نوجوانوں میں بھی یہ حالت دیکھی جاتی ہے جو بچے اس التہاب میں مبتلا ہوتے ہیں ان کی گردن کے مفادی غدہ بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ یا ان میں تدرن کی کوئی ویری علامت پائی جاتی ہے اور اگر ان میں کوئی علامت نہیں پائی جاتی تو کم از کم وہ کمزور ضرور ہوتے ہیں۔ اس التہاب کا پہلا حمل کسی دوسرے متعدی مرض کے بعد ہوا کرتا ہے جیسا کہ خسرہ۔ التہاب نفث۔ اور التہاب غدی شیخ خلعت الالف کے بعد دیکھا جاتا ہے اور کبھی ان بچوں میں خلعتی آشک کی علامتیں پائی جاتی ہیں۔ ثرہ جس کے معنی آبلہ کے ہیں ابتداً ابتداً میں آبلہ سے بہت زیادہ مشابہ ہوتا ہے لیکن صحیح طور پر ہم نہیں کہہ سکتے کہ اس کے اندر حقیقتاً آبلہ کی کیفیت پائی جاتی ہے یا نہیں بعض اوقات یہ ثرہ بہت چھوٹے ہوتے ہیں اور شکل دکھائی دیتے ہیں۔ عموماً ان کا حجم ایک ملی میٹر ہوتا ہے شاذ و نادر م ملی میٹر کے برابر بھی ہوتے ہیں۔ بڑے ثرہ زرد ہوتے ہیں۔ آخری مدایح میں ان کا بشرہ اتر جاتا ہے اور قروح نمودار ہو جاتے ہیں۔ جب یہ حالت ملتحہ پر پائی جائے تو کوئی خاص اہمیت نہیں رکھتی۔ مگر جب قرنیہ پر مستروح نمودار ہوں تو خطرناک صورت پیدا ہو سکتی ہے۔

اس کے ساتھ عموماً جھان پر کروی حالت متی ہے یا جسم کے کسی دوسرے حصہ خصوصاً سر پر اکڑایا پایا جاتا ہے یہی وجہ ہے کہ بعض ماہرین نے اس التہاب کا نام اکڑایا چشم بھی رکھا ہے۔ بعض مریضوں میں زیرین جفن اور رخساروں کا اکڑنا ممکن ہے کہ بہت زیادہ آنسو بہنے کی وجہ سے پایا جاتا ہو اور یہ کسی موٹے کپڑے سے ان آنسوؤں کو ہمیشہ پونچھنے کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہو۔

تشریح مرضی۔ مرضی تشریح کے مطالعہ سے اس مرض کے متعلق کچھ معلومات حاصل ہوتی ہیں۔ مگر اس کے سبب تک رسائی ہنوز نہیں ہو سکی۔ ثرہ کے قطع کا خوردبینی معائنہ کرنے سے ایک مثلث نما رقبہ دکھائی دیتا ہے جس میں شدید ارتشاح پایا جاتا ہے۔ غدوی شیخ کی رے کے نیچے طبعی حالت میں کربایت مفادی واحدۃ النوات پائے جاتے ہیں مگر ان ثرہ میں ان کی تعداد بہت زیادہ ہوتی ہے اور یہ سب آپس میں ایک دوسرے سے گھٹے ہوتے ہیں۔ بشری خلیات صحیح و

سام ہوتے ہیں۔ بہرین کا نیال کثور میں ہمدی کیفیت نہیں پائی جاتی۔ اگر مہتر میں التهاب مخاطی صدیدی ہی پایا جاسے تو
 اغواوی ردیت بغیر کے علاوہ کرویات، نیز اکثرہ النواتی پائے جاتے ہیں یہ فضیات تحت البشرہ انسجہ اور بشری فضیات کے
 اندر بھی ہوتے ہیں۔ ایسی حالت میں بشری نلیات سطح پرست بہت جد ضلیع ہو جاتے ہیں۔ گران کا جراثیمی معائنہ کیا جے
 تو مواد کے اندر التهاب مخاطی صدیدی کے جراثیم عام طور پر ملتے ہیں۔ خاص بشری التهاب میں کرویات غنقود یہ بہت
 زیادہ پیدا میں ہوتے ہیں۔ لمبی حالت میں غنقودی کرویات مہتر کے اندر نہیں پائے جاتے۔ اسی لئے بہرین کا نیال ہے
 کہ بشری التهاب کا باعث یہی کرویات ہیں مگر غنقودی کرویات کو مہتر سے آئندہ کے اندر گڑا جائے یا خراشیدہ مہتر پر اس کو
 لگایا جائے تو عارضی طور پر آنکھ میں سرخی پیدا ہو جاتی ہے مگر یہ بہت جلد زائل ہو جاتی ہے۔ مذکورہ طریقہ سے مصنوعی
 طور پر ثبور پیدا نہیں کئے جاسکتے۔ خرگوش کی عینی دریدوں کے اندر درنی جراثیم کی کاشت کی تلیق سے بثرہ سے ملتی
 ہوئی حالت پیدا کی گئی ہے مگر ان تجربات سے اس وقت تک یہ نہیں معلوم ہو سکا کہ آیا یہ مقامی ارتشاحی، بھاری نفعہ
 ثبور میں یا نہیں۔ یہ امر بھی یاد رکھنے کے قابل ہے کہ درنیں کی تلیق کے بعد التهاب مہتر پیدا ہوتا ہے۔
 جب کہ درنیں علاج کے طور پر تلیق کی جائے، ثبور کا سطحی مقام پر ہونا اور قنوی قروح سے اس کی مشابہت ہونا
 کی دلیل ہے کہ مرض خارج سے جسم کے اندر داخل ہوا ہے مگر ہنوز اس کے جراثیم کے متعلق کچھ علم نہیں ہے کہ تکرم
 کو صرف اتنا معلوم ہو سکا ہے کہ اس مرض میں صحیح طور پر کیا کیفیت ہوتی ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ اس کا سبب خاص قسم
 کا وہ ستمہ الدم موجس کی سمیت درنی الاصل اور خفیف ہوتی ہے اور جو مرض کی کمزوری کی حالت میں ثبور پیدا
 کرنے کے قابل ہو جاتی ہے۔ آنکھ میں خراش کی وجہ سے بچہ آنکھ کو زور کے ساتھ ملت ہے۔ آنسوؤں کا زیادہ نکلا
 اور آنکھ کو زیادہ ٹھنایہ دونوں چیزیں مل کر حبلہ کا اکڑنا پیدا کر دیتی ہیں اور چونکہ حبلہ کے اندر کرویات غنقود یہ طور پر
 موجود ہوتے ہیں پس ان کی نشو و نما شروع ہو جاتی ہے۔ یہی کرویات آنکھ کو ملنے پر آنکھ کے اندر داخل ہو جاتے ہیں اور
 خراش میں زیادتی پیدا کرتے ہیں۔ حالاں کہ ابتدائی طور پر خراش کا سبب نہیں ہوتے۔ اگر حبلہ پر دوسرے جراثیم بھی موجود
 ہوں تو ان کے ساتھ وہ بھی آنکھ کے اندر داخل ہو جاتے ہیں و کمزور مہتر میں ان کو نشو و نما کا موقع مل جاتا ہے جس کی وجہ
 مخاطی صدیدی التهاب پیدا ہو جاتا ہے۔ اس طرح گویا بشری التهاب مہتر کے ساتھ یہ دوسری مرضی کیفیت شامل
 ہو کر تکلیف کے اضافہ کا باعث ہوتی ہیں۔

۔ جس بڑی شہاب ثمر میں علامات نہایت کم ہوتی ہیں۔ آنکھ میں معمولی بے چینی اور خراش پائی جاتی ہے جس کی وجہ سے آنکھ سی ہو کر آنسو زیادہ نکلتے ہیں اگر اس کے ساتھ مخاطی صدیدی التهاب شامل ہو اور قرنیز و زہر تو چونکہ باطل نہیں ملتی۔ قرنیز کے طور پر عام طور پر پائے جاتے ہیں کیونکہ بچہ کا طرز عمل ان کے ظہور میں مدد ہوتا ہے اور ثبور مجہد قرنیز کے باطل نزدیک پیدا ہوتے ہیں۔

عم پہلے بتا چکے ہیں کہ قرنیز کی مقدم سطح کا بشری پتہ طعمر کا ایک حصہ ہوتا ہے۔ اس لئے اگر طعمر کے التهاب میں قرنیز کا مقدم پتہ بھی شریک ہو تو کوئی تعجب کی بات نہیں ہے اور یہ حالت بڑی التهاب طعمر میں خصوصیت کے ساتھ پائی جاتی ہے۔ جب قرنیز پر ثبور پلے جائیں تو سطحی بشرہ کے ضائع ہونے پر قروح نمودار ہو جاتے ہیں جن کی وجہ سے آنکھ میں شدید درد ہوتا ہے۔ آنکھ سے آنسو بہتے رہتے ہیں اور آنکھ روتنی کی تحمل نہیں ہوتی۔ سر میں درد ہوتا ہے۔ مریض کی آنکھ کا معائنہ کرنے سے قرنیز کے کنسے پر ثبور یا پھنسی ملتی ہے اور آنکھ سے مخاطی صدیدی رطوبت خارج ہوتی رہتی ہے۔

چونکہ سبب یہ نہیں ہے کہ روشنی سے مریض ڈرتا ہے بلکہ اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ طعمر کی خراش سے اجھان کے عضلات میں انقباض پیدا ہوتا ہے اور اس معاملہ میں قرنیز کی خراش بھی مدد دیتی ہے۔ جب تیز روشنی میں آنکھ کو کھلنے کی کوشش کی جائے تو ان عضلات کا انقباض بڑھ جاتا ہے اور اندھیرے میں یہ انقباضی کیفیت غائب ہو جاتی ہے۔ طعمر میں بھی طرح نو لکین محسوس لگانے کے بعد بھی انقباض رفع ہو جاتا ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ حنفی انقباض ایک انکاسی فعل ہے جس کا ذرہ دار عصب فاس تحجبی ہوتا ہے۔ عصب جبرہ سے اس انقباض کا کوئی تعلق نہیں۔ مگر بعض اہلین کا خیال ہے کہ قرنیز کے اندر روشنی داخل ہو کر عصب فاس کے حسی ایلات میں تحریک پیدا کرتی ہے اس لئے یہ انقباض رونما ہوتا ہے کہ ہم یہ نہیں ثابت کر سکتے ہیں کہ عصب فاس میں روشنی تحریک نہیں پیدا کر سکتی تاہم ان اہلین کے پاس اپنے اپنے دعوے کا کوئی ثبوت نہیں ہے کہ عصب فاس کے ایلات میں روشنی تحریک پیدا کرتی ہے ہمارے خیالات چونکہ لی وجہ یہ ہے کہ اجھان جب کسی ایسے مقام پر رگڑ لکھاتی ہیں جہاں سے بشری غلیات سنیں ہو چکے ہوتے ہیں تو انکاسی طور پر عضلات مجہد حنفی میں انقباض پیدا ہوتا ہے۔ اس کی وجہ سے خراش میں اضافہ ہوتا ہے۔ اور جبرہ خراش انقباض کی زیادتی کا باعث بنتی ہے اس وقت چونکہ بہت زیادہ دوپائی جاتی ہے کہ ثبور قرنیز

کے اوپر اس کے نزدیک واقع ہوں۔ اند میں شور کے زیادہ ہونے سے انہی چوند میں زیادتی ہو جاتی ہے مدت تک تو بعض عذبات جن کے انقباض میں متبادلہ پہلے ہوتے ہیں ان میں سے کئی ہیں انہیں اپنا پیدا ہو جاتا ہے۔ مگر وہ تین مدت میں ان کی بیانی درست ہو جاتی ہے۔ وہ انہی عذبات میں سے ہیں جنہیں کیفیت صرف اس لئے پیدا ہوتی ہے کہ ان میں جو دلیلیا نہیں چاہتا نیز مدت تک بند ہونے سے انہیں زیادہ ہونے سے اس کا باعث ہوتا ہو۔

پتہ پس معانی میں احتیاط سے عام لینا چاہئے۔ تاہم انقباض جنہی ہونے سے ڈھیکا کرنے میں آنکھ کو کسی قسم کا عارضہ نہ پہنچ سکے۔ قرنیہ کی کیفیت کو معدوم کرنا شد ضروری ہے اس کے معنی کے واسطے گراحتان کو۔ اس سے ناک کے اکیلا جب تو قرنیہ کی مختلف حالتیں زیادہ وضاحت کے ساتھ بھی جانتی ہیں۔ یہ نقص آنکھ میں چند قطرے نفیسہ و کین محلول کے ڈالنے سے پورا ہو جاتا ہے۔ لیکن کو کین محلول کے قطرے آنکھ میں ڈالنے کے بعد۔ انٹ تک انتظار کرنا چاہئے۔ ورنہ زبردہ ہو جائے کے بعد وہ تدابیر اختیار کی جائیں جن کو بچوں کے آنکھ کے معنی کرنے کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

بڑی التهابی تخریچوں میں بڑا رعود کرتا ہے۔ مرض کا یہ عارضہ اس صورت میں ہوتا ہے جب کہ بچہ نہ ہو۔ اور کسی دوسرے مرض کی وجہ سے اس کی قوت حیات میں انحطاط واقع ہو چکا ہو۔

علاج۔ بسیط شری التهابی تخریج علاج سے بہت جلد چھا ہو جاتا ہے۔ مفت می و ر عمومی دونوں مریخ عساج سے کام لینا چاہئے۔ مفت می علاج نے نئے آنکھ کو بورک یا پرکلورائیڈ محلول سے متعدد بار دھویا جائے۔ زرد مری السائڈ کا مرہم ایک فیصدی طاقت والا بھی استعمال کیا جائے۔ مرہم کھانے کے لئے شیشے کی سلائی سے کام لیں۔ طریقہ یہ ہے کہ بچے کو چٹ لٹا دیں مددگار بچے کے ہاتھوں کو اس کے سمجھنے سے لگا کر بچہ سے رکھے اور اپنی کھینچوں کو بچے کی ٹانگوں پر رکھے ہے۔ معنی بچ اپنی دو انگلیوں سے اجفان کو الٹ کر لے اور شیشے کی سلائی کے مرہم لگے ہوئے تھکے کو دونوں اجفان کے بیچ میں رکھ کر سلائی کو باہرلی طرف کھینچ لے۔ اگر قرنیہ صاف ہو یا صاف ہونے کا خطرہ ہو تو اثر و بین کا محلول آنکھ میں ڈالا جائے۔ ورنہ دسیابی مرہم بھی استعمال کیا جائے بعض اوقات باہر کے کسے کی جلد انقباض جننی اور آنسوؤں کی وجہ سے کسی قدر پھول جاتی ہے۔ اس کی وجہ سے انقباض بڑھ جاتا ہے لہذا اس کا خیال رکھا جائے۔ اگر ایسی حالت پیدا ہو تو فوراً اس کا تدارک کیا جائے۔ اس کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ کاسٹک کی پینس کے باریک سر سے اس کو چھو دیا جائے۔ ورنہ دسیابی مرہم کے بجائے گریکول کاسٹک

ساقاں یا بنے وقت میں ذرا برآمد ہوتے ہیں۔ اور کبھی تو نہایت تکلیف دہ حالت میں بھی اس سے فائدہ پہنچتی ہے۔ مگر یہ خیال ہے کہ کیلول کا استعمال اس وقت تک نہ کریں جب تک کہ بعض کو آریو ڈائٹ کھلایا جا رہا ہو۔ مثلاً یہ چونکہ علاج حسب ذیل طریقہ پر کریں۔

بچے کے منہ کو نمونہ پانی یا بونیں اور اس وقت تک ڈبوئے رکھیں۔ جب تک کہ بچہ تنفس کے لیے نچوڑ نہ سکے۔ جن میں یہ عمل ۲۔ ۳ مرتبہ کیا جائے اس طریقہ علاج میں تا وقتیکہ بچہ جمی سے کام نہ لیا جائے گا کما حقہ فائدہ پہنچا ہو سکتا ہے۔ یہاں بھی ہوتا ہے کہ صرف ایک ہی مرتبہ یہ عمل کرنے سے چونکہ کیفیت غائب ہو جاتی ہے۔

جب تک کہ تیریاؤف نہ ہو یعنی قرمز میں قروح موجود نہ ہوں اس وقت تک آئنگہ پرستی نہ باندھی جائے۔ کیچر کا عجب جو دونوں آنکھوں کو ڈھانک سکے لگا دیا جائے مگر اس کو دونوں طرف کپٹی تاک ہونا چاہئے۔ رنگین عینک استعمال کی جائے مگر تنگ اور چہرہ طرف سے بند کر دینے والی نہ ہو۔ کیونکہ ایسی عینک میں مواد لگ جاتا ہے اور اس کی صفائی میں مشکل ہوتی ہے۔

عمومی علاج کو بھی نظر انداز نہ کرنا چاہئے ورنہ مرض کا اعادہ بار بار ہوتا رہے گا۔ تازہ ہوا بہترین چیز ہے اس لئے بچوں کو کھلی ہوئی تازہ ہوا میں رکھا جائے۔ بیٹھنے اٹھنے اور سونے والے کمروں کی کھڑکیاں کھلی رہیں۔ سرد پانی نہ سمندر کے پانی سے سنانا مفید ثابت ہوتا ہے۔ غذا عمدہ اور زود ہضم دی جائے اس میں تازہ سبز یوں کی مقدار کافی ہو۔ مثلاً ۱۰۰ گرام میں کیلول کا کھل دیں سرد موسم میں پھلی کا تیل اور مالین اور اگر مرض برداشت کر سکے تو یہی چیزیں تمام سال اس کو استعمال کرائیں۔ گرمیاد ہے۔ ہندوستان میں پھلی کے تیل کی مقدار خوراک بچوں کے لئے ۴ سے ۶ قطرہ تک ہر فائش اور آریو ڈائٹ آرن اور دوسری متوی دوائیں بھی دی جائیں۔ مرض کی عام صحت جب تک درست نہ ہو جائے اس وقت تک عمومی علالت کو جاری رکھیں اور کلیہ قاعدہ کے طور پر تجویز رہیں کہ بھری التهاب کا پیدا ہونا اس امر کی دلیل ہے کہ مرض کی عمومی صحت خراب ہو اور اس کی قوت حیات انحطاط کی طرف مائل ہے۔

بسیط مزمن التهاب ملتحمہ | یہ التهاب ملتحمہ کے بسیط حاد التهاب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اگر ملتحمہ کا حاد التهاب مدت تک قائم رہے تو مزمن صورت اختیار کر لیتا ہے۔ مزمن التهاب کی طرف اس کا انتقال ان مریضوں میں خصوصیت کے ساتھ ہوتا ہے جو نفرس میں مبتلا ہوتے ہیں۔ اگر غرض ۶ صحت تک قائم رہے تو اس کا اعادہ بار بار

ہوتا ہے۔ دھواں کردوغبار گرمی خراب ہو۔ زیادہ دیر تک رات میں کام کرنا، کثرت شراب نوشی وغیرہ اس کے سبب ہیں۔ بینائی کی خرابیاں بھی جن کا تدارک عینک کے ذریعہ کیا جائے، عموماً اس کا باعث بنتی ہیں۔ بکلی کی زیادہ دہشتی میں آنکھوں سے باریک کام لینا، مثلاً لو میں زیادہ شغولیت، بعضی ملحقہ کے اندر کسی ذرت کی سوجا دگی قیام چیزیں، ذرمن خراش کی باعث ہو کر یہی حالت پیدا کرتی ہیں۔ پلوں کے بان گرا آنکھ کے اندر کی طرف دے بغنی لہ سے پروا قع ہوں۔ التهاب کیس دمعی موجود ہو۔ ذرمن التهاب پایا جاتا ہو تو بھی یہ حالت پیدا ہو سکتی ہے بعض اوقات اس کے مریضوں کا معائنہ نہایت غور و خوض کے ساتھ کرنے کی ضرورت ہوتی، ورس کے بعد کسی صحیح نتیجے پر پہنچنے کا مکان ہوتا ہے۔ جب کہ ہم بیان کر چکے ہیں کبھی ناک کے اندر ذرمن خرابی موجود ہوتی ہو اند ناک کا معائنہ خاص طور پر کرنا چاہئے۔ کبھی اس مرض کو ہم نہایت معمولی سمجھتے ہیں مگر یہ مرض کے لئے نہایت تکلیف دہ ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے آرام حاصل ہوجانے کے بعد مرض زیادہ شکر گزار ہوتا ہو۔

علامات۔ آنکھوں میں ملین اور کھٹک محسوس ہوتی ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ آنکھ کے اندر کوئی غریبے بڑگنی ہے۔ شام کے وقت اس غریبے کا احساس خصوصیت کے ساتھ بڑھ جاتا ہے۔ مرض کو آنکھ کھلی رکھنے کے لئے کوشش کرنی پڑتی ہو۔ صبح سوکر اٹھنے پر بعض اوقات اجھان چکی ہوئی ملتی ہیں اور کبھی منہ بھی چکی میں خفیف مگر غیر طبعی مقدار میں رطوبت یا مواد کا اخراج ہوتا ہے جس کی وجہ سے اجھان کے کنا سے گرم اور خشک محسوس ہوتے ہیں۔ پہلے پہل معائنہ میں آنکھ کی حالت طبعی معلوم ہوتی ہے مگر زیرین حصہ کو نیچے کی طرف کھینچ کر دیکھنے میں موخر ملتحی عروق میں احتقانی کیفیت پائی جاتی ہے۔ بعضی ملحقہ میں بھی اوپر اور نیچے احتقان پایا جاتا ہے اور ملتحی جوی لکھڑے پن کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات ملحقہ دبیز ہو جاتا ہے اور کھلی معلوم ہوتا ہے۔

علاج۔ سبب کو رفع کیا جائے۔ بینائی کو درست کرنے کے لئے مناسب عینک دی جائے۔ اگر ذرمن لہت الہت موجود ہو تو اس کا علاج کیا جائے اور اگر یہ التهاب گرمی کا نتیجہ ہو گیا کہ باورچیوں میں دیکھا جاتا ہے تو ان کو نیلے چٹے لٹکانے کی تاکید کی جائے۔ کیونکہ نیلے شیشے گرمی کی شعاعوں کو جذب کر لیتے ہیں۔ مذکورہ بالا مقامی تمام سبب پیدا ہونے والے بسط التهاب ملحقہ کا علاج علیحدہ علیحدہ بیان کیا جائے گا۔ نقرس کے مریضوں کا علاج مناسب اغذیہ اور ادویہ سے کیا جائے۔

مقامی علاج۔ احتقان کو کم کرنے اور ملتحہ کو طبعی راستہ پر لانے کی کوشش کریں چونکہ مدت دراز تک کسی خراش کی موجودگی میں التهاب کی حالت ہوتی ہے اور اس کی وجہ سے ملتحہ کے طبعی راستہ پر آواز نہ آتا ہے۔ لہذا محکمہ چیزوں کے ذریعہ اس کا علاج زیادہ مفید ثابت ہوتا ہے۔ حالبس دو اہم مقامی ملحقہ پر کافی حالبس۔ تاکہ مقامی احتقان کم ہو جائے۔ اس کے علاوہ حالبس وائبریشن جیوں میں اضافی دوران اور مقامی غدود کے افراز کو بہتر بناتی ہیں۔ معمولی حالتوں میں بڑے محمول استعمال کریں جس میں زنگ سلفط ملا لیا گیا ہو۔ بورک محمول کا نسخہ ذیل میں درج ہے۔

بورک ایڈ ہ گریں
زنگ سلفط اسے ہ گریں تک
آب مقطر ایک اونس

ہ گریں فی اونس والہ پٹری بمحمولوں میں استعمال کر سکتے ہیں۔ ان محمولات کو دن میں دو تین مرتبہ استعمال کرنا چاہئے مگر رات کو سونے سے پہلے کبھی آنکھ میں نہ ڈال جائے۔ "ایڈسے نے لین" کا محمول عارضی طور پر خراش اور سرخی کو کم کر دیتا ہے۔ سوئے وقت مہر "دیزلین" یا "بورک مرہم" اجفان کے کناروں پر لگانا چاہئے۔ شدید حالتوں میں پہلے پہل نچھتے ہیں دو بار۔ کاسک نکاویں یا اس سے مکرر دو بار پروٹارگوں کا ۵ سے ۱۰ فیصدی طاقت والا محلول استعمال کریں۔ بعض کو ٹکڑے پر شک لگائے کی بدایت کبھی نہ کی جائے کیوں کہ ممکن ہو کہ وہ بہت زیادہ استعمال کرے اور قمر میں یا جی بال زنگت پیا ہو جائے۔

بعض اوقات نا تجربہ کار معالجین اس التهابی حالت میں آنکھ کا اندامیٹروپین ڈالتے ہیں۔ حالانکہ اس صورت میں ایٹروپین بجائے فادرے کے نقصان پہنچاتی ہے۔ کیونکہ توفیقی عمل کا استرخار پیدا کرنے کی وجہ سے بعض کو شدید تکلیف ہوتی ہے۔ معمر اشخاص میں ایٹروپین کا استعمال خطرناک ہوتا ہے اور زیادہ تر معمر اشخاص ہی ذہن التهاب ملتحہ میں مبتلا ہوتے ہیں۔ ایٹروپین کے استعمال سے سن رسیدہ اشخاص میں کبھی زرق امہ کی شکایت شروع ہو جاتی ہے۔ علاوہ ان سب باتوں کے ملحقہ ملحقہ پٹریٹروپین کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔

نرسن لہذا بہت کم شدید حالتوں میں غدد افرازی بوسین سے غیر طبعی رطوبت خارج ہوتی ہے۔ بہتر ہے کہ مذکورہ غدد کو

باکر میں رطوبت کو نکال دیا جائے۔ اس کا سامان طریقہ یہ ہے کہ اندر کی طرف ممتدی جانب ٹیٹھ کی سمانی رکھ کر اوپر سے جھن پر انگوٹھے کا دباؤ ڈالیں۔

التهاب طحمة زاوی

Angular Conj.

اس التهاب کا سبب "عصارہ زوجیہ" ہوتے ہیں۔ اس کی مرضی تصویر نہایت صاف اور سبق آموز ہوتی ہے۔ متحرکی سرخی خصوصیت کے ساتھ اندرونی و بیرونی کوسے میں جھن کیناروں کے درمیان پائی جاتی ہے اور اس مقام پر بھی تھمہ ہی سرخ ہوتا ہے۔ اندر اور باہر کے زاویہ پر جلدی نقشہ بھی پایا جاتا ہے۔ مگر عموماً یہ حالت بہت خفیف ہوتی ہے۔ اس مقام پر جھوس کے مانند جھپٹکے نکلتے ہیں۔ چند مریضوں کو دیکھنے کے بعد یہ صورت بنوبی ذہن نشین ہو جاتی ہے۔ پھر معن بھی نہیں دھوکا کھا سکتا۔

علامات۔ آنکھ میں کھٹک اور بے چینی محسوس ہوتی ہے۔ آنکھ سے مخاطی ممدیدی رطوبت خارج ہوتی ہے۔ آنکھوں کو مریض بہت زیادہ بند کئے رہتا ہے۔ اس التهاب کے ساتھ نزلہ کی بھی شکایت ہوتی ہے اور نزلہ رتلاہ میں عصارہ زوجیہ پائے جاتے ہیں۔ اگر مناسب علاج نہ کیا جائے تو یہی حالت مزمن صورت اختیار کر سکتی ہے اور پھر اس کے ساتھ اجفان میں بھی التهاب پیدا ہو جاتا ہے۔ شاذ و نادر قرنیہ میں قرع بھی پائے جاتے ہیں جو صاف اور کم گہرے جھٹے ہیں۔ بعض اوقات یہ قرع قرنیہ کے مرکز میں ہوتے ہیں۔ اس التهاب کے ایک مرحلہ ہائیک بعد ممتعت پیدا نہیں ہوتی۔ بار بار مرض کا اعادہ ممکن ہوتا ہے۔

تشریح مرضی۔ "عصارہ مورکس اکنفیڈ" اس التهاب کا باعث ہوتے ہیں۔ یہ عصارہ زوجی مومٹے اور حصوی صورت رکھتے ہیں۔ ان میں سے دو دو کے سرے ایک دوسرے کی طرف ہوتے ہیں۔ یہ قلوبی رنگ کو قبول کرتے ہیں۔ منفی گرام ہوتے ہیں۔ اور فلم بنا کر دیکھنے پر صاف نظر آتے ہیں۔ مدت حسانت۔ دن ہوتی ہے خشک ہونے پر یہ جراثیم مردہ نہیں ہوتے۔ تندرست انسان کی انفی رطوبت میں موجود ہونے سے اس التهاب اور نزلہ کی تندرست دالے مریضوں کی ناک کی رطوبت میں بھی ملتے ہیں۔

علاج۔ جب کے ناک سے اس مرض کا بہترین علاج ہو سکتا ہے۔ اس کو بورک محلول میں ماکرہتھن دیا جائے۔ یعنی بورک محلول میں زنک سلف ۲ گرین فی اونس مقدار میں ملا لیں۔ اب تک یہ معلوم نہیں ہو سکا کہ

بت کے مرکبات کیوں اس مرض میں مفید ہوتے ہیں۔ جب کہ حبت کے نمک کے محلول میں اگر ان جوڑیم کو رکھا جائے تو ان کی نشوونما ہوتی ہے اور یہ بالکل نہیں مرتے۔ رات کو۔ بورک۔ زنک اکسائیڈ۔ اکتھال کا مرہم آنکھ میں لگایا جائے۔ اکتھال مرہم کی طاقت ۳ سے ۵ فیصدی تک ہو۔

عموما بچوں اور جوانوں میں پایا جاتا ہے۔ اس میں دونوں

رد غدوی۔ التهاب ملتحمہ حویلی

Follicular Conj.

آنکھیں ایک ہی وقت میں ماؤف ہوتی ہیں۔ زیرین طاق ملتحمہ کے اندر

چھوٹے چھوٹے گول یا بیضوی تیم شفات اجسام یا حویلیات پائے جاتے ہیں۔ یہ حجم میں باجہ کے دانوں کے برابر ہوتے ہیں۔ رنگ ان کا پیازی ہوتا ہے اندرونی و بیرونی کوسے میں زیادہ تعداد میں دیکھے جاتے ہیں۔ بھلی ملتحمہ اور بالائی غشس میں پر نہیں ہوتے۔ یہ حویلیات اپنے گرد کی ملتحمی سطح سے ابھرے ہوئے ہوتے ہیں اور متوازی قطار میں نظام کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ ان کے ظہور کی وجہ یہ ہے کہ مقامی طور پر کرات بھیا، مفاوی مجتمع ہو جاتے ہیں۔ کبھی غلطی سے ان کو خوب سمجھ لیا جاتا ہے۔ ان کا مقام وقوع بشری استر کے نیچے نیچ غددی ہے۔ خورد بینی معائنہ میں یہ حویلیات اعمار کے مفاوی غدد سے مشابہ نظر آتے ہیں کبھی ان کو روہوں سے بھی تمیز کرنا دشوار ہوتا ہے۔ یہ حویلیات طبی طور پر ملتحمہ میں نہیں پائے جاتے۔

حویلی التهاب میں ملتحمہ تو سرخ ہوتا ہے اور نہ تورم۔ مدت دراز تک یہ حویلیات ملتحمہ پر قائم رہتے ہیں اور کسی قسم کی تکلیف ان کی وجہ سے نہیں ہوتی۔ پھر خود بخود غائب ہو جاتے ہیں اور غائب ہونے کے بعد بھی ان کا کوئی نشان آنکھ میں باقی نہیں رہتا۔ جو لوگ چھوٹے اور ایسے مکانات میں۔ رہنے کے بہت زیادہ عادی ہوتے ہیں جن میں ہوا کی آمد و رفت بہت کم ہو وہی لوگ اس مرض میں زیادہ مبتلا ہوتے ہیں۔ اگر یہ کیفیت اسکول کے کمروں میں پائی جائے تو خصوصیت کے ساتھ ان میں رہنے والے مبتلائے مرض ہو جاتے ہیں۔ لیکن بعض اوقات ایسے لوگوں میں بھی مرض دیکھنے میں آتا ہے جو بہتر غذا اور بہتر حالات میں زندگی بسر کرتے ہیں۔

کبھی چند حویلیات بعض دواؤں کے استعمال سے بھی زیرین طاق ملتحمہ کے باہر پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ حویلیات خاص کر اس وقت پیدا ہوتے ہیں جب کہ مرض پہلے سے مرض التهاب ملتحمہ میں مبتلا ہو۔ جن بچوں کو یہ مرض لاحق ہوتا ہے وہ موزور ہوتے ہیں اور ان کے گلے میں مرض التهاب پایا جاتا ہے نیز غلظت الاف غددی تسبب ملتی ہیں

بعض ہرین کا خیال ہے کہ ان دونوں حالتوں میں تگونی مشابہت ہے۔ ان کا یہ بھی خیال ہے کہ یہ مرض تھدی نہیں ہوتا اور نہ روہوں میں تبدیل ہوتا ہے۔

علامات علامات خفیف ہوتی ہیں۔ آنکھوں میں معمولی ترشش پانی جاتی ہے۔ یہ ترشش تیز رفتاری میں اور باریک دم کا جگ کرنے میں خفیف دہ ہوتی ہے۔ بقیہ علاماتیں بعض اوقات مدد نزل کی علامتوں سے مشابہ ہوتی ہیں۔ آنکھ سرٹ ہو جاتی ہے جن درخشک بھی پانی جاتی ہے۔

علاج۔ اس کے مقامی علاج کی بہت کم ضرورت پڑتی ہے۔ مگر ذرا عابس محمولات سے آنکھ کو دھو کر کافی ہوتا ہے۔ آنکھ میں زرد سیلابی مریم لگانا چاہئے۔ اگر حوصلات بڑے ہوں تو کاشک استعمال کیا جائے۔ یہ چھوڑی کی قدر سے حوصلات کو چھو جائے۔ اگر ایڑوپین کا استعمال پہلے سے جاری ہے تو فوراً اس کو روک دیا جائے اور اس کے بجائے قابض مدد اسی طاقت کی دوا استعمال کی جائے۔

بنیائی اگر خراب ہو گئی ہو تو معائنہ کے بعد سب عینک دی جائے۔ عام صحت اور ماحول کی اصلاح کی جائے۔ زود ہضم غذاں دی جائیں۔ گرم اغذیہ اور ادویہ سے پرہیز کراتے رہیں اور قبض نہ ہونے دیں۔ اگر قبض ہو تو فوراً اس کو رفع کریں۔

یہ طحمتہ کی وہ التهابی حالت ہے جس میں بیشمار جلیات طحمتہ کے ورپے جاتے ہیں۔ جنہی طحمتہ پر جلیات خصوصیت کے ساتھ ملتے ہیں۔ بہت کم اور دوسرے گرم ممالک میں اس التهاب کی وجہ سے آنکھ میں بیشمار

رہیسی۔ رشہ یا لکڑے۔ جرب الجھان

Trachoma جرب العین التهاب طحمتہ جلی

تکلیفات پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہاں تک کہ بہت سے لوگ اس کی وجہ اندھے ہو جاتے ہیں اور جو اندھے نہیں ہوتے ان کی بنیائی بہت کم ہو جاتی ہے اور وہ تمام عمر کسی نہ کسی تکلیف میں مبتلا رہتے ہیں۔ یہ مرض دونوں آنکھوں میں پیدا ہوتا ہے اس کی صحیح تشخیص کے لئے اس کے مختلف درجات سے کما حقہ آگاہی ضروری ہے۔ خوشحال والدین کے بچوں میں اگر حوصلی التهاب کی حالت ملے تو یہ عموماً روہوں کے مرضی نہیں ہوتے۔ مگر اس کا یہ مطلب نہیں ہے کہ خوشحال والدین کے بچے اس مرض سے مستثنیٰ ہیں۔ کیونکہ ان کی آنکھوں میں عدوی نوکروں سے پہنچ سکتا ہے۔

رہیسی میں طحمتہ کے اندر دو قسم کے تغیرات رونما ہوتے ہیں اور یہ دونوں ایک ہی وقت میں پائے جاتے

ہیں اس کی دو چیزیں ہیں: پہلی یہ کہ اس میں خاص طور پر نمایاں نہیں ہوتیں اس قسم کے ملتحی التهاب کی ایک صورت اور دوسری یہ کہ اس کے اندر سقان اور ملتحی ابھار کم نمایاں ہوتے ہیں۔ بالائی جنفی ملتحہ سے زیادہ مآوف ہوتا ہے اور سرخ رنگ سے زیادہ سفید دیکھا جاتا ہے۔ پھر اس کی کیفیت تبدیل ہو کر مثلاً جبلی نہ کیفیت اختیار کر سکتی ہے۔ جب مرض زیادہ نمایاں نہ ہو درحقیقت بالکل نہ پنے جائیں تو ایسا اوقات اس کو ہم نظر انداز کر سکتے ہیں۔

دوسری چیز یہی قسم کے التهاب میں خاص قسم کے صبیات ملتحہ کے اوپر ظاہر ہوتے ہیں۔ اگر یہ صبیات چھوٹے ہوں تو حویلی التهاب ملتحہ سے اس کو تیز نہیں کر سکتے اور خورد بینی معائنہ سے بھی کوئی تفریق نہیں کی جاسکتی مگر ان کا حجم اور ہر شکل حویلی حالت سے بالکل مختلف ہوتی ہے۔ ان کی تقسیم خاص صورت اختیار کرتی ہے بڑے صبیات کا قطر ۵ یا ۶ ملی میٹر ہوتا ہے۔ یہ نیم شفاف اور ابے ہوئے سا گودانہ کے مشابہ ہوتے ہیں۔ عام طور پر زیرین طاق ملتحہ سے ان کی ابتدا ہوتی ہے اور بہت جلد بالائی طاق میں بھی پھیل جاتے ہیں لیکن حویلی التهاب ملتحہ صرف زیرین طاق ملتحہ میں قائم رہتا ہے۔ جلد ہی صبی حالت بھی دوسرے حصوں میں پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ صبیات بالائی جنفن کے اوپر والے کنارے کے ساتھ پیدا ہوتے ہیں اور وہاں سے جنفی ملتحہ کے اندر پھیلنا شروع کرتے ہیں۔ اگر اس مقام پر ان کی تعداد کم ہوتی ہو ششہ بین اور غضنہ بین پر عام طور پر پائے جاتے ہیں۔

حویلی التهاب ملتحہ میں بالائی غضروفی ملتحہ پر صبیات بالکل نہیں ہوتے بعض اوقات صرف اندرونی و بیرونی زاویہ کے پاس پائے جاتے ہیں لیکن حویلی ملتحہ پر بہت ہی نادر و نادر ہوتے ہیں۔ اگر اس مقام پر صبیات پائے جائیں تو یقیناً ان کو درجہ صبی کی عدت سمجھنا چاہئے۔

درجہ صبی مزمن مرض ہے۔ اس میں خراش بہت ہوتی ہے۔ چونکہ زیادہ لگتی ہے اور آنسو بھی بہت نکلتے ہیں۔ ان تمام باتوں کے علاوہ ملاحظہ کی ہوئی صدیدی رطوبت کا انزال ہوتا ہے بعض مقامات پر یہ وبا کی صورت میں پائی جاتی ہے اس کی حادثات بھی ملتی ہے۔ یہ مرض تندی سے تشریف مرضی سے سولے اس کے کوئی خاص بات نہیں معلوم ہوتی کہ بشری خلیات کے اندر نہیں۔ با م پائے جاتے ہیں جن کو درجہ بین جسم صبی (Trachoma bodies) کہتے ہیں۔ ملتحہ کے جس حصہ میں یہ مرض لاحق ہوتا ہے اس کی خدوی شیخوں کے اندر کرایات لمفادی کا ترشح ہوتا ہے اور وہاں پر کرایات لمفادی کے ایسے جھنڈے بن جاتے ہیں کہ گرد کوئی خلاف میں ہوتا۔ ان ابھاروں کو حویلی التهاب ملتحہ سے شناخت کرنے کا کوئی درجہ نہیں ہے۔ یہاں تک



(۳)

(۱)

• کوئی بھی

(۲) • کوئی بھی کی پوری تصویر

• کوئی بھی کی پوری تصویر

• کوئی بھی کی پوری تصویر

• کوئی بھی کی پوری تصویر

• کوئی بھی کی پوری تصویر

کہ خور دہن کے ذریعہ بھی نہیں تیز کر سکتے۔ بعد کے مدایج میں بڑے جلیات کے خلیات اور بنی الخلیات کی نہیں شفاف اور جلی نہ شکل اختیار کرتی ہیں۔ کبھی بھری خلیات کا اتصال ٹوٹ جاتا ہے اور پھر کے ذریعے مختلف خلیات باہر کو نکل پڑتے ہیں بعض اوقات جلیات کے چاروں طرف سیفی غلاف پیدا ہو جاتا ہے اسی طرح کو یا یہ خلیات بقیہ جلیات کے علیحدہ ہو جاتے ہیں۔ یعنی ساخت ان کے گرد بڑھتی رہتی ہے یہاں کہ یہ سیفی الیاف ایسی صورت اختیار کرتے ہیں کہ جس کا وجود حوصلہ التهاب ملتحہ میں بالکل نہیں ہوتا۔ یہ ردی صبی کے ساتھ مختص ہوتے ہیں۔ جراثیمی استخانات سے جنوز کوئی نتیجہ برآمد نہیں ہوا۔ مختلف ماہرین نے ردی صبی کے مختلف اسباب مختلف زمانے میں بیان کئے ہیں۔ مگر ان میں سے کوئی بھی علمی معیار پر صحیح نہیں اُترا۔ ردی صبی اکثر ممالک مثلاً روس۔ پولینڈ۔ مشرقی پریشیا۔ اسٹریا۔ ہنگری کے بعض حصے مصر۔ شام۔ ایران۔ چین۔ جاپان وغیرہ میں پائی جاتی ہے۔ بعض قومیں مثلاً یہودی اور لینڈ کے باشندے اس مرض میں خصوصیت کے ساتھ مبتلا ہوتے ہیں۔ مگر یہ مرض قومی نہیں ہے بلکہ خاص قسم کی بود و باش سے لوگوں میں پایا جاتا وسیع تجربہ سے ثابت ہوا ہے کہ کوئی قوم اس سے محفوظ نہیں ہے۔ جیشیوں میں یہ مرض کم نمودار ہوتا ہے مگر مبتلا وہ بھی ہوتے ہیں۔ جو لوگ گندے گاؤں میں بہت گھنی آبادی میں ایک دوسرے سے مل جل کر نہ یہ وہ سبب ہیں ہی اس بیماری کا شکار ہوتے ہیں۔ اسی باہمی میل اور مباشرت ہی کی وجہ سے نوح۔ بحری سپاہی۔ فیکٹری۔ اسکول اور ایسے ہی دوسرے مقامات جہاں خاص قسم کے مرض اکٹھے ہوتے ہیں وہی اس بیماری میں زیادہ مبتلا ہوتے ہیں مثلاً پاگل خانہ وغیرہ ان تمام مقامات پر یہ مرض زیادہ ہوتا ہے۔ شہر کے غریب۔ بچے اور کمزور اشخاص اس میں بہت جلد مبتلا ہو جاتے ہیں طاقن و زنان اس سے بچے رہتے ہیں۔ ترائی کے تمام مقامات میں جہاں رطوبت زیادہ ہوتی ہے یہ بیماری عام طور پر پائی جاتی ہے ہم پہلے بتا چکے ہیں کہ ردی صبی متحد کی مرض ہے۔ اس کا عددی انگلیوں تو لیوں اور دوسرے کپڑوں کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے۔ اگر کسی شخص کو التهاب ملتحہ موجود ہو تو وہ بہت جلد اس کے عددی سے اثرات کو نبھوں کرتا ہے۔ انتہائی صفائی کے ساتھ رہنے سے یہ مرض رک جاتا ہے۔ ابتدائی مدایج میں اس مرض کو سچا ناساز شکل ہے۔ اکثر اوقات مچھن اس حالت کو مزمن التهاب ملتحہ سمجھ لیتے ہیں اگر ہر مرض کی جنس کو الٹ کر دیکھا جائے اور بالائی طاق ملتحہ کا غور سے معائنہ کیا جائے تو یہ غلط فہمی نہوگی۔

**Trachomatous
pannus**

عوارض۔ ردی صبی کا حملہ صبی ملتحہ پر شاذ و نادر ہی ہوتا ہے۔ ردی صبی میں جو سبب قریب

منا ہے وہ عیناً لغوی خلیات کا معامی ترشح ہے جس کے اندر عروق بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ حالت قرنیہ کے نصف بالائی حصہ میں پائی جاتی ہے اور شروع شروع میں قرنیہ کے صرف اس حصہ میں ملتی ہیں جو بالائی جنف سے ڈھکا رہتا ہے۔ قرنیہ کے بالائی حصہ میں سجائی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے اور قرنیہ کے سطحی عروق سے پیدا ہونے والے چھوٹے چھوٹے عروق کز کی طرف ترشے لگتے ہیں یاں تک کہ سجائی کیفیت اور یہ عروق بڑھ کر قرنیہ کے نصف بالائی حصہ میں پہنچ جاتے ہیں۔ تمام عروق سطحی ہوتے ہیں اور خوردبینی معائنہ پر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ پیسے یہ بتری آستہ اور غشاء بادین کے درمیان پیدا ہوتے ہیں۔ ان کے ساتھ ساتھ تھوڑی بہت ندی ساخت بھی پائی جاتی ہے بعد کے مراح میں غشاء بادینی غائب ہوتی ہے اور قرنیہ کی نیچے خلی کے سطحی پرت ماؤف ہو جاتے ہیں۔

ترقی پذیر سبل قرنیہ کے اندر عروق متوازی چلتے ہیں اور ان کا جھکاؤ نیچے کو ہوتا ہے مگر ان کا باہمی اتصال بہت کم ہوتا ہے یہ عروق نیچے کی طرف ایک افقی خط پر قرنیہ میں ختم ہوتے ہیں ان کے مقام اختتام کے بعد بھی تھوڑی دور تک قرنیہ میں ترشح اور سجائی کیفیت ملتی ہے۔

سبل قرنیہ اگر کم ہو رہا ہو تو عروق اس رقبہ کے پچھلے حصے میں ترشح اور سجائی کیفیت پائی جاتی ہے یہ ایک علامت ایسی ہے کہ جس سے علاج کے فوائد کے متعلق فیصلہ کر سکتے ہیں۔ شدید حالت میں قرنیہ کے اندر عروق صرف بالائی حصہ تک ہی محدود نہیں ہوتے بلکہ چاروں طرف سے سطحی عروق قرنیہ کے اندر بڑھتے ہیں جن کی وجہ سے قرنیہ کی تمام سطح غیر شفاف اور عروق دار ہو جاتی ہے۔ سبل قرنیہ اس وجہ سے نہیں پیدا ہوتا کہ بالائی جنف قرنیہ پر رگڑ لگاتی ہے مگر یہ اسباب سابقہ میں سے نہ رہے کیونکہ بعض حالتیں ایسی ملتی ہیں کہ بالائی جنف کی اندرونی سطح کھر دری ہوتی ہے طاق قطر جس کے اندر ردی صیحات پائے جاتے ہیں چونکہ وہ قرنیہ سے متصل نہیں ہوتا اور ان دونوں کے درمیان صلیبی لٹمہ پر کسی قسم کے صیحات نہیں پائے جاتے۔ لہذا ہمارا یہ خیال کہ قرنیہ کا بس مرنی اتصال کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے غلط ہے ہمارے خیال میں ماؤف جنفی قطر قرنیہ کے اوپر کے حصہ کو ڈھانکتا ہے۔ اسی وجہ سے اس میں عدوی پونپت ہے یعنی جنفی لٹمہ سے بلا واسطہ قرنیہ میں عدوی ہو جاتا ہے۔ کیونکہ جنف چوبیسوں گھنٹہ قرنیہ کے اوپر قائم رہتی ہے کبھی سبل قرنیہ بالکل غائب اور تحلیل ہو جاتا ہے اور قرنیہ پھر شفاف ہو جاتا ہے مگر ایسا صرف ان مریضوں میں ہوتا ہے جن کا مناسب علاج جلد یعنی اس وقت شروع کر دیا جائے جب کہ عروق کی وجہ سے غشاء بادینی میں کوئی خرابی نہ پیدا ہوئی ہو مگر جب غشاء بادینی

تباہ ہو گئی ہو تو سببی کیفیت مستقل طور پر قائم ہو جاتی ہے۔ اور بعض اوقات قرنیہ اس قدر کمزور ہو جاتا ہے کہ بلکی تو قرنیہ کے دباؤ سے باہر کو ابھر آتا ہے۔

قریہ قرنیہ۔ بل قرنیہ جس قدر پُرانا ہوتا جاتا ہے اسی قدر قریہ زیادہ بڑھتے جیتے ہیں یہ قریہ بہت کم گہر سے بچتے ہیں اور ان میں ترسج بھی بہت کم ہوتا ہے لیکن تکلیف دہ زیادہ ہوتے ہیں۔ ان کی وجہ سے آنکھ میں چند لہنتی ہے۔ پانی دیتا ہے اور مرکزی قریہ بھی پیدا ہو سکتے ہیں جو مدت کے بعد اچھے ہوتے ہیں اس کے علاوہ قرنیہ کے ہر مقام پر خاص کریل والے رقبہ کے اندر بھی قریہ پیدا ہو سکتے ہیں۔

نتائج۔ بل اور قریہ قرنیہ کے علاوہ اجفان کا التواء بھی بہت خطرناک نتائج پیدا کرتا ہے۔ بالائی جنین میں رسمی کی وجہ سے بعض اوقات استرخائی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ اور اوپر کی پلک نیچے کو جھک کر سی حالت میں قائم رہ جاتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اس کا نام استرخار رسمی **Trachomatous ptosis** رکھا گیا ہے اس حالت میں مریض کی آنکھ ایسی معلوم ہوتی ہے کہ گویا اس میں نیند کا خرابہ ہو گیا ہے جفنی ملحقہ کے اندر یعنی ساخت کے بننے کی وجہ سے بالائی جنین ٹیڑھی ہو جاتی ہے پلکوں کے بال بجائے سامنے اور اوپر بٹھنے کے اندر کی طرف کو مڑ جیتے ہیں۔ ایسی اجفان کو جب ہم پلٹ کر دیکھتے ہیں تو ان مقامات پر عروق کے دب جانے کی وجہ سے جنین سفید نظر آتی ہے۔

علاج۔ اگر موزاد زیادہ نکلے تو اس کا علاج اس مقصد کو مد نظر رکھ کر کرنا چاہئے کہ احتقان دموی کم ہو جائے اور موزاد کا اخراج رک جائے لہذا اجفان کو پلٹ کر کاشت فیصدی الارزائہ لگایا جائے اور آنکھ کو ہر نو متعہ بار بوک محلول یا پرکلورائڈ محلول سے دھویا جائے رات کو سوتے وقت اجفان کے کناروں پر بوک بٹم لگا یا چاندی میں اتھاپ کم ہو جائے گا اس کے بعد جزیات کا علاج شروع کریں اس کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ تمام ملحقہ کو توتیا کی قلم سے اچھی طرح چھو دیں۔

اجفان کو پلٹ لینے کے بعد توتیا کی قلم کو ایک پنل کے اندر قائم کر کے اس کے توتیا والے سرے کو اچھی طرح طاقی ملحقہ میں رگڑیں۔ اور اس دوران میں اجفان کو صلی ملحقہ سے ہٹائے رکھیں اس کے بعد جفنی ملحقہ پر خوب دبا کر اسی قلم کو لگائیں۔ پہلے چند مرتبہ یہ عمل تکلیف دہ ہوتا ہے۔ لہذا بہتر ہے کہ پہلے آنکھ میں کوکین محلول ڈالیں تاکہ تکلیف کے سامنے کمی آجائے۔ اس عمل کو بالائی طاق سے شروع کریں۔ کیوں کہ مرض کا یہی بڑا قلعہ ہے اگر اس میں پہلے دوا لگائی جائے گی اور مریض تکلیف کی وجہ سے جدوجہد شروع کرے گا تو پھر بالائی طاق کے اندر دوا کا لگانا مشکل ہو گا۔

جس سے روتیا کی قلم کو متحدہ پر نرم ہاتھ سے ہرگز نہ لگائیں بلکہ زور کے ساتھ لگانے کی کوشش کریں۔ اس دوا کا کچھ حصہ آنسوؤں میں مل ہو جاتا ہے اس کو ردی سے خشک کریں ورنہ قریہ پر لگ کر نہایت تکلیف دہ گوبل قریہ میں بھی اس کو استعمال کر سکتے ہیں۔ اس حالت میں اس کا استعمال اور بھی ضروری ہے۔ اس سے بل قریہ جلد رفع ہو جاتا ہے۔ مگر یہ دانت ہے کہ اس قریہ پر روتیا کی قلم کو نہ لگائیں ورنہ نتائج بُرے اور خراب برآمد ہوں گے۔ اگر قریہ میں قریح موجود ہوں تو اس وقت بھی اس کو استعمال نہ کریں بلکہ ایسی حالت میں صرف کاشک پر اکتفا کریں اور قریح کے منحل ہونے تک روتیا کے استعمال سے بچتے ہیں۔ اس میں ایک دشواری ضرور ہے کہ کاشک کا اثر اتنا عمدہ نہیں ہوتا جتنا کہ روتیا کا۔ روتیا کو دن میں صرف ایک مرتبہ لگائیں اور متعدد بار پر کلورائیڈ محلول سے دھوئیں کئی منبے تک یہی علاج مسلسل جاری رکھیں اور آنکھوں کی حالت بہتر ہو جانے کے بعد بھی اس کو نہ چھوڑیں۔ آخری مراح میں روتیا کا محلول ۱۰ فیصدی طاقت کا یا کاپر سٹریٹ کا مر ۱۰ فیصدی طاقت والا استعمال کریں۔ رد بھی کے بہت سے مریضوں میں مذکورہ علاج سے ایسی حالت پیدا ہو جاتی ہے جس کو معالجین انڈیا کے نام سے تعبیر کرتے ہیں مگر حقیقتاً ایسا نہیں ہوتا۔ بلکہ مرض کا اعادہ دوبارہ ممکن ہے اور یہ اعادہ اتنی ہی زیادہ دیر کے بعد ہوتا ہے جتنی زیادہ دیر تک علاج کیا گیا ہو۔ ہمارا خیال ہے کہ رد بھی میں مذکورہ طریقہ علاج سے کبھی شفا کلی نہیں ہوتی۔ شدید حالتوں میں زیادہ تیز دوائیں استعمال کرنا چاہئے۔

ایک طریقہ اس کے علاج کا یہ ہے کہ جب کوئی کارابلا ہوا پانی آنکھ میں ڈالا جائے مگر اس کے ڈالنے سے رد عمل بہت تیز رونما ہوتا ہے بیکوئی ریٹاں ہی دوا کا خلاصہ ہے جو آج کل استعمال کیا جاتا ہے۔ اس دوا کے استعمال سے جو رد عمل پیدا ہوتا ہے۔ اس کی شدت کو کم کرنے کے لئے اس کا تریاق بھی استعمال کر سکتے ہیں۔ مذکورہ بالا طریقہ خطرات سے خالی نہیں لہذا مندرجہ ذیل طریقوں میں سے کوئی طریقہ اختیار کیا جائے۔ سب سے بہتر تو یہ ہے کہ تیز ادویہ میں سے پر کلورائیڈ آف مرکری کا محلول جو گلیسرین میں تیار کیا گیا ہو استعمال کیا جائے۔ اس کو ہم ایک فیصدی کی طاقت تک استعمال کر سکتے ہیں مذکورہ طاقت میں اس محلول کو استعمال کرنا اس کا اثر کا دمی ہوتا ہے۔ اس دوا کو ہم لمبی ہوئی اجھان پر اور شیشی طاق پر بکاتے ہیں مگر تکلیف اس سے شدید ہوتی ہے اور رد عمل بہت تیز ہوتا ہے۔ بختر اور اجھان بہت زیادہ متورم ہو جاتی ہیں۔ درد کی گھنٹہ تک ہوتا رہتا ہے۔ پھر رفتہ رفتہ درد کی شدت کم ہوتی ہے۔ برف یا برف کے پانی میں صاف کئے ہوئے کپڑے کو فوراً آنکھوں پر رکھنا شروع کر دیا جائے۔ اس علاج سے بہت نفع پہنچتا ہے۔ بختر

۱۔ ...
• منقشہ

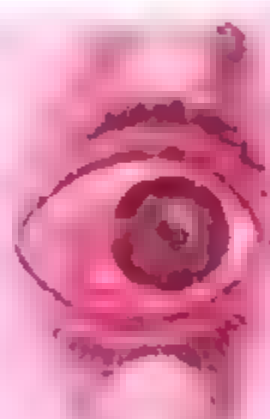
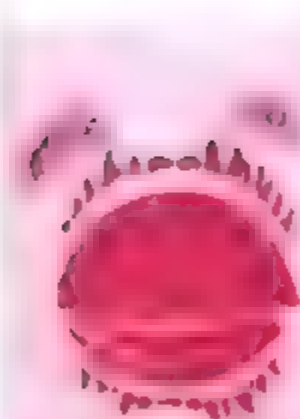
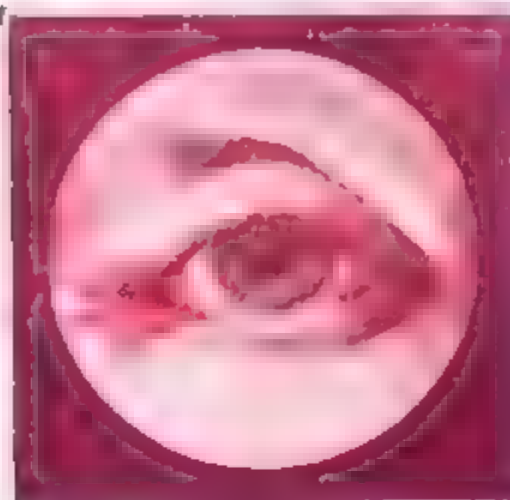
۲۔ ...
• موجود ہے اور دوسرا ہذرہ قوتوہ پر ہے

(۳) ...
•

۴۔ ...
•

۵۔ ...

(۶) ...
•



حیات کو بھڑکانے کی آواز میں سبھی بدلتے ہیں مگر اس میں یہ تعین نہیں کہ اس کو کتنے کے بعد چھ
کو بھڑکائیں۔ متوجہ فوق بنشتی اور زیادہ کو بھی رہتی ہے کہ بدن میں سستوں کی بات یہ کہ سستوں کا زیادہ
مفید نہیں ہوتا۔ اگر حیات بہت زیادہ رہے تو بدن میں سستوں کی طریقہ پر کریں محترم میں مختلف
سستوں پر توجہ کی ہے۔ ہر شکاف نیش کے بعد غرض سستوں کی منتا شست حیات کو دبا کر پھینک دیا جائے۔ رہتی ہے
علاج کرتے وقت متوجہ اپنی آنکھ میں عینک ضرور لگی سے تاکہ خود مددی سے محفوظ رہ سکے۔ سب سے پہلے آنکھوں کو تین
محمول ہوں۔ جب سے اس کے بعد ہاتھوں کو خوب صاف کر کے۔ خون کے ذریعہ محترم میں خارش پیدا کی جائے۔ مرنے کے ذریعہ
خارش پیدا کرنے کا طریقہ بہتر نہیں ہے۔ ناخن کے بجائے سوئی یا چاقو کو ہستان کرنا چاہئے۔ حیات کو تباہ کرنے کے لئے
بجلی سے جی کام لے سکتے ہیں اور ان کو دبا کر توڑنے کے لئے مابہ گریڈی کی منقاش یا کنپ کی منقاش سستوں کریں۔
بالائی جنٹ میں اور منقاش کا ایک سراطق کے اندر ڈالیں۔ پھر منقاش کو بند کر کے خوب دبا کر ہر کی طرف
کھینچیں یہ عمل بار بار کریں یہاں تک کہ پوری جنٹ کی تمام سطح پر عمل ہو جائے۔ ایسا کرنے سے تمام حیات ٹوٹ جاتے ہیں
اور ان کے اندر کا مواد مع خلیات کے باہر نکل آتا ہے۔ بعض ماہرین اس عمل کے بعد فوراً کاٹک یا پرنکلرڈ محمول کی پھیری
لگانے کی سفارش کرتے ہیں۔ پرنکلرڈ محمول کی طاقت دو ہزار میں ایک ہونا پڑے۔

ہو دیکھیں کہ عمل جراحی کے بعد غصہ کی پٹی لگانا بہتر ہے کیونکہ اس عمل کے بعد رد عمل بہت شدید ہوتا ہے۔ اگر بالائی طاق
کے اندر حیات بہت بڑے ہوں اور زیادہ نزدیک نزدیک گھنے واقع ہوں تو طاق محترم کو بالکل نکال کر علیحدہ کر دیں چونکہ
طاق محترم اس مقام پر بہت خالص پایا جاتا ہے۔ اس لئے اس کو کاٹ کر نکال دینے سے خراب نتائج نہیں رونما ہوتے
غضروفی حصہ کے پچھلے محترم کو عریاں کر کے دیکھنے کے لئے بالائی جنٹ کو دوہرا لپٹا لیتے ہیں۔ بالائی جنٹ کو دوہرا لپٹ کر
اس حیثیت کے دونوں طرف سوئی کے ذریعہ ڈورا ڈال دیں۔ پھر ان ڈوروں کو اگر پکڑ کر نیچے کو کھینچا جائے تو طاق
محترم نیچے آ جاتا ہے۔ اب اس کو قہنی سے کاٹ کر علیحدہ کر دیں۔ اگر غضروف جنٹ بھی خراب ہو تو اس کو بھی کاٹ کر
اٹک کر دیں۔

اس قرنیہ کا کوئی خاص علاج نہیں ہے معمولی علاج سے جب فائدہ نہ ہو تو "عمل پیری ٹومی" (Peritomy)

کہا جائے۔ اس عمل جراحی میں ملتحہ کا ہڈی میٹر جو زیادہ تر قرنہ کے کنارے کے چاروں طرف سے کاٹ دیا جاتا ہے اور پھر اس کو عینہ کر کے نگی سطح کو کچی سے جلا دیتے ہیں۔ ایسا کرنے سے اس مقام کے عروق متذیع ہو جاتے ہیں اور پھر ان عروق نہیں آگتے۔ قرونوی قروح کا علاج حسب معمول کیا جائے۔ مریض کو صاف ہو میں رکھنا۔ اس کی عام جسمانی تندرستی کا خیال۔ اس کو صاف ستھرے کپڑے پہنانا۔ مریض مسالجات وغیرہ سے پرہیز۔ آنکھوں میں کبھی انگلی نہ لگانا۔ اور قبض نہ ہونے دینا اس مرض کے علاج میں ضروری چیزیں ہیں۔

یہودین کے زمانہ میں جب فرانسیسی قروح مصر گئی وہاں سے وہ اس مرض کو اپنے ساتھ لائی اور اس کو یورپ میں پھیلنے کا موقع ملا۔ جنگ عظیم میں چینی مریضوں میں اس کا علاج کرنے میں بڑی کامیابی حاصل ہوئی۔

اس مرض میں ہمیشہ آخر میں قرحے پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان قروح کی صرف دو درجہ ہیں (۱) ملتحہ کے اندر کوئی غریب جسم موجود ہو (۲) ورنی یا آتشکی کیفیت ملتحہ کے اندر پائی جائے۔ تدرن کی مختلف قسمیں پائی جاتی ہیں۔

ملتحہ کا تدرن

Tubercle of the
Conjunctiva.

(۱) چھوٹے چھوٹے مثیاء قروح جنفی ملتحہ پر ملتے ہیں۔

(۲) جلیات جنفی ملتحہ پر بھی پائے جاتے ہیں جو مدھی سے بہت زیادہ مشابہ ہوتے ہیں۔

(۳) کوپوں پر جلیے نہیں بکشا بہا ہار پائے جاتے ہیں۔

بعض اوقات آنکھ کے ارد گرد کا مرض بڑھ کر ملتحہ کے اندر بھی پہنچ جاتا ہے۔ ایسی صورت میں کان کے سامنے کا لہو دی غدہ بڑھ جاتا ہے اس کے اندر پیپ بھی پیدا ہو سکتی ہے۔ یہ مرض بھی مزمن ہوتا ہے قروح سستی سے بڑھنے والے Indolent ہوتے ہیں عام طور پر مریض جو ان لہو ہوتے ہیں ان کے جسم میں کسی دوسری جگہ تدرن نہیں پایا جاتا۔ اس میں کوئی شک نہیں ہے کہ یہ مرض جسم کے اندر ورنی غدوی پہنچنے کی ابتدائی علامت ہے۔ ملتحہ میں گر خفیف رگڑ ہو تو ورنی جراثیم اس میں داخل ہو جاتے ہیں اور یہ خفیف و معمولی رگڑ آنکھ کے اندر گرد و غبار پڑ جانے کی وجہ سے اس کو ملنے سے پیدا ہوتی ہے۔ جب تک قرعہ وسیع ہو کر بہت بڑی جگہ کو نہ گھیرے اس میں درد یا تکلیف بہت کم ہوتی ہے۔ اس مرض کی دوسری قسموں کو غلطی سے مدھی سمجھ لینا ممکن ہے اور اس امر کا بھی امکان ہے کہ باوجود غلط علاج کے شفا حاصل ہو جائے۔

مرضی تشریح - قرص سے کھینٹ کر ٹکڑے کر کے پینے کے بعد خوردبین سے عصارہ زہر کے لئے معائنہ کریں۔ ٹکڑے

زہر یہ بہت دسے کی خصوصی ساخت پسند نذر رکھتا ہے۔ مشکوک حالتوں میں موذی کی میتیں حیوانوں میں کرنے کے بعد تشخیص کا تعین کیا جائے۔ درنی میت کو لڑکوں کی کچھ کے خزانہ مقدم میں داخل کر دیں تو دو یا تین ہفتہ کے بعد مخصوص درنی مقدمہ مقامی طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ رنب مصری کے جوف بازیونی میں اس کی قلعہ کرنے سے بہت نتائج اخذ کئے جاسکتے ہیں۔ وان پیریت (Von-pirquet) کا رد عمل رنب کی دیکھ لینا چاہئے۔

علاج - چونکہ اس نگہ کا تدریجی دوری کی ابتدائی حالت ہوتی ہے۔ اس لئے مقامی جوف کو کات کر الگ کر دینا مناسب ہوتا ہے۔ اگر بالکل کات کر اس کو الگ نہ کر سکیں تو ٹھپ کر صاف کر دینا چاہئے۔ تازہ درنہ کی نہایت مقدار میں قلعہ کرنے سے بہتر نتائج رونما ہوتے ہیں۔ طبقہ تجربہ کے نیچے فیصدی طاقت کا گویا کوں کا کوڈی میت (Guaicol cacodylate) کی قلعہات سے بھی فائدہ پہنچتا ہے۔ ۰۰ فیصدی طاقت کا مشرب (Lactic acid) لگا نا بھی مفید ثابت ہوا ہے۔ ملتحہ سے مقدمہ میں تدریجی نہیں پہنچتا۔ اگر عرصہ تک علاج کے باوجود اندام نہ ہو تو انگلیہ کو نکال دینا ہی زیادہ مناسب ہوگا۔

آتشک کا ابتدائی درجہ ملتحہ میں شاذ و نادر ہی شروع ہوتا ہے۔ ورم صمغی بعض اوقات ملتحہ میں پایا جاتا ہے اس کی تشخیص کے لئے ابتدائی اور ثانوی درجہ میں فرق کا کھنچنے کے لئے معائنہ کرنا چاہئے۔ تیسرے درجہ میں بعض کے خون کا تعامل واسرانیہ (Wassermann's test) کی ضرورت دیکھنا چاہئے۔

ادویہ کی وجہ پیدا ہونے والا التهاب ملتحہ | بعض لوگوں کی آنکھ میں ایٹروپین ڈالنے سے تکلیف پیدا ہو جاتی ہے اور کبھی خراش بھی ہو جاتی ہے۔ ایسرن سے بھی ایسا ہوتا ہے۔

اور بعض اوقات دوسری دواؤں کے لگانے سے بھی آنکھ میں التهابی کیفیت پیدا ہوتی ہے۔ اجنٹ تورم ہوتا ہے اور ان میں تباہی پیدا ہوتا ہے۔ ملتحہ کا معائنہ کرنے پر جو بیسلات ملتے ہیں اور کبھی غشا بھی متی ہے۔ ہائے خیال میں کبھی ان ادویہ میں دوسرے اجزاء مل جانے کی وجہ سے ایسا ہوتا ہے جو گرائی سو فنیل سید (Chrysophanic acid) کی فیکٹری میں کام کرتے ہیں ان کو ملتحہ کے خفیف التهاب کی شکایت ہو جاتی ہے۔ بہت عرصہ تک سنگھب کے مرکبات کھانے سے بھی یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ ساگون کی لکڑی کا برادہ خصوصیت کے ساتھ آنکھ میں خراش پیدا کرتا ہے بعض لوگوں

کی آنکھوں میں نیوں اور کھوڑوں کے ساتھ کیٹنے سے بھی لٹخہ کا التهاب پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی طرح بعض بچوں کے پتے ہاتھ میں رکھنے سے پیدا ہو جاتا ہے۔

علاج۔ اگر پڑوپن سے تکلیف پیدا ہوئی ہو تو اس کا استعمال بند کر دیں اور اس کے بجائے دوسری دواؤں

مثلاً ڈوبے سین Duboisin sulphato یا فیصدی یا ڈوبہ پامین Scopolamin hydrobromide سے یا فیصدی یا بیو سین (Hyoscine) یا فیصدی طاقت کی استعمال کریں۔ مگر موزاں ذکر دوائے استعمال سے بھی کیفیت و عدم تظاہر ہوتی ہے۔ بعض ماہرین کی رائے ہے کہ اگر خونی جلد پر گلیسرین وغیرہ اس نیاں سے لگائی جائے کہ ایروپن جلد پر نہ لگے تو یہ التهاب نہیں پیدا ہوتا اس التهاب کی حالت اسباب کے دفعیہ کے بعد بہت جلد درست ہو جاتی ہے۔ حابس محلولات کے استعمال سے فائدہ ہوتا ہے۔ اب ہم ذیل میں لٹخہ کی بعض ایسی بیماریاں کا ذکر کرتے ہیں جو شاید ونا در پانی جاتی ہیں۔

بعض لوگوں کی آنکھوں میں موسم گرما میں یہ التهاب پیدا ہوتا ہے اور ہر سال یہی صورت ہوا کرتی ہے۔ نوعمر بچوں میں عموماً زیادہ پانی جاتی ہوا کوئل میں اس کے ساتھ ساتھ خفیف التهاب لٹخہ کی علامتیں بھی ملتی ہیں۔ مثلاً

رد ربیع۔ موسم گرما کا التهاب لٹخہ

Spring catarrh

آنکھوں میں جلن ہوتی ہے۔ کھجلی بھی پانی جاتی ہے۔ خفیف چونڈ لگتی ہے اور آنکھ سے پانی بہتا ہے۔ یہ سب اس کی علامتیں ہیں۔ یہ حالت دونوں آنکھوں میں ملتی ہے۔ موسم سرما میں تمام شکایتیں نیز مقامی عوارض بھی دفع ہو جاتے ہیں مگر گرمی کے شروع ہوتے ہی پھر یہی حالت خود کرا آتی ہے بعض بعض انسانوں میں یہ مرض پایا جاتا ہے متعدی نہیں ہوتا۔ بعض ماہرین نے اس کا سبب ربیع کی ان شعاعوں کو بتایا ہے جو کمیا دی اثر رکھتی ہیں۔ مگر ان کے پاس اس کا کافی ثبوت نہیں ہے۔

مذکورہ بیماری کے مضمیوں میں دوسم کی علامتیں پانی جاتی ہیں۔

(۱) متعلی علامات۔

(۲) حنفی علامات۔

۱۰ وائس حالتیں ایک ہی مضمی میں بھی جمع ہو سکتی ہیں۔ مگر ایسا بہت کم ہوتا ہے۔ اگر حنفی علامتیں صاف اور نمایاں

لوہ پر پانی جائیں۔ تو اس کی تھیس میں کوئی دشواری نہیں ہوتی جنسی ملحقہ کو پٹنے پر ملحقہ میں تھن پائی جاتا ہے۔ اور وہ پسند
 نیز اس صلاح رقبوں میں منہ تم ہو جاتا ہے۔ جو چاروں طائفہ کے ملحقہ سے اٹھے ہوئے نظر آتے ہیں۔ ان کا رنگ
 دودھ کی طرح سفید نیلگوں ہوتا ہے۔ یہی حالت زیریں جنسی ملحقہ کی بھی ہوتی ہے۔

متممی عقد رنج یعنی کی وجہ سے جن پریشانی ہوتے ہیں سخت ہو جاتے ہیں۔ اور ان کے وپر کا بشو و بزر ہو جاتا
 ہے۔ اسی وجہ سے ان کا رنگ سفید معلوم ہوتا ہے۔ ایسا یونین کرایا بینا ان کے اندر پٹے جاتے ہیں ساری کے
 مواد میں یوں متوفیل کی تعداد کافی ہوتی ہے۔

اس کی جنسی قسم کا پہچانا مشکل امر نہیں ہے مگر یہ بھی سے چونکہ یہ حالت متی ہے لہذا ان دونوں کے درمیان
 تشخیص فرقہ کے لئے مندرجہ ذیل نکات کو یاد رکھیں۔

(۱) اس مرض میں عموماً بچے مبتدا ہوتے ہیں (۲) ملحقہ کے مرتب رقبوں کا رنگ دودھ سے ملتا ہے (۳) طاقی
 ملحقہ میں یہ ایسا رنگ نہیں ہوتے موسم سرما میں مرض بالکل تندرست رہتا ہے صرف موسم گرما میں اس تکلیف میں مبتلا
 ہو جاتا ہے۔ مذکورہ خاص علامتیں ایسی ہیں کہ جن کے ذریعہ رد بھی سے تفریق کی جاتی ہے۔ اس مرض کی مقلی قسم
 کا پہچانا ضرور مشکل ہے۔ اگر قرنیہ کے محیطی ملحقہ پر دبیز اور بھرا ہوا ایک بالہ پایا جائے جس کی شکل جلی نما اور
 رنگ دودھیا ہو تو اس وقت اس کو رد بھی سمجھنا چاہئے ان باتوں کے باوجود لیا وقت اس میں اور رد بھی
 میں تشابہ ہوتا ہے اور تشخیص میں غلطی واقع ہو جاتی ہے۔

رد بھی اور رد بھی دونوں حالتوں میں مٹری کے زانے میں بیماری قائم رہتی ہے مگر کسی قدر کمزور اور خفیف
 حالت میں ہوتی ہے۔ خطرناک عوارض اس میں کبھی نہیں پیدا ہوتے۔ انداز مرض اچھا ہوتا ہے۔ بعض اوقات
 خاص قسم کی سبانی کیفیت قرنیہ میں پیدا ہو جاتی ہے جو قوس شیخوخت سے مشابہ ہوتی ہے اس کے بعد ملحقہ میں
 گندلا پن موجود رہتا ہے۔

علاج۔ علامات کے مطابق کیا جائے اور ایسی عینک استعمال کرنے کی تاکید کی جائے جس کے اندر باہر سے
 کوئی شے داخل نہ ہو سکے اور اس کے شیشے رنگین ہوں۔ آنکھ کی تکلیف کمزور ایٹیک ایڈر تیزاب مرکب سے
 بہت کم ہو جاتی ہے۔ اس کے محلول کی طاقت (۲۵۰ قطرہ پانی میں اگرین ۱ ہونا چاہئے۔ ایدینین کے محلول

سے مرضی نہیں ہوتی ہے زرد سیلابی مرہم لگانے کے بعد اجھان کو آہستہ آہستہ ملن مفید ہوتا ہے گویا گول مرہم اسے مفیدی طاقت تک کا بھی استعمال کر سکتے ہیں۔ عابس دواؤں مثلاً بورک گلیسرین وغیرہ سے فائدہ پہونچا کر لکھانے کے لئے شکلیہ کے مرکبات دیں۔ بعض مریضوں کو ریڈیم کے ذریعہ علاج سے بھی فائدہ ہوتا ہے۔ بعض مریض زرد ہوئی نیچوں کو کاکٹ کرنا دینے کا مشورہ دیتے ہیں مگر اس سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔

عمومی صحت کو درست کرنے کی کوشش کی جائے تو زمین اگر بڑھ گئے ہوں تو ان کو عمل جراحی سے کاٹ دیا جائے۔ خلف الاف عفوی نیچوں پر بھی جراحی عمل کیا جائے بشرطیکہ وہ موجود ہوں۔

کبھی غلطی سے اس کو ورنی مرض تشخیص کرتے ہیں۔ یہ مرض آنکھ کے اندر بعض خشرات

ردعتی

Ophthalmia nodosa

کے بال پرنے سے پیدا ہوتا ہے اور عام طور پر گرمی کے آخری زمانہ میں پایا جاتا ہے اس میں چھوٹے چھوٹے نیم شفاف سرخی مائل یا زردی مائل خاکستری رنگ

کے عقد ملتحمہ پر ملتے ہیں۔ خورد بینی امتحان سے متنب مقام پر بال کی موجودگی ثابت ہوتی ہے جن کے گرد خلیات غلیظہ اور خلیات لمفاویہ موجود ہوتے ہیں۔

علاج۔ ملتحمہ کے ان عقد کو کاکٹ کر الگ کر دینا چاہئے۔ اور التهاب ملتحمہ کے عام اصول کے مطابق

علاج کرنا چاہئے۔

یہ التهاب ببا اوقات ردعتی یا رد ورنی سے مشابہ ہوتا ہے اس لئے تشخیص

میں غلطی ہو سکتی ہے۔ لہذا یاد رکھنا چاہئے کہ یہ مرض

صرف ایک آنکھ میں ہوتا ہے۔ اس میں ندبی ابھار حنفی یا طاقی ملتحمہ پر پائے

پے ریناؤڈ کا التهاب

Perinaud's Conj.

جاتے ہیں اس کے ساتھ کان کے سامنے اور تحت انفک غد ملفاوی پھول جاتے ہیں۔ بعض اوقات ان میں پیپ بھی

پڑ جاتی ہے۔ اس بیماری کی ابتدا خفیف بخار سے ہوتی ہے اور مہینوں تک یہ قائم رہتی ہے مابہرین کا یہ خیال

ہے کہ اس کا سبب حیوانی حصہ ورنیہ ہوتے ہیں اور پشوتھرکس (Leptothrix) بھی اس کا باعث ہوتا ہے

ملتحمہ کا دار الفقاغ یہ مرض بہت کم ہوتا ہے مگر جب ملتحمہ میں لاحق ہو تو خطرناک ہوتا ہے۔ اس میں بعض اوقات

Pemphigus

ملتحمہ پر آئیلہ کی صورت ظاہر ہوتی ہے جو خاکستری سفید خشائی ٹکڑوں کی صورت میں

پائی جاتی ہے۔ اس کے بعد ملتحہ میں یعنی مذہبی ساخت بہت زیادہ بنتی ہے۔ یہاں تک کہ بعض وقت ملتحہ نظر تک طریقہ
رہسکر رہتا ہے اور اسی کے ساتھ قرنیہ کا مناسب تغذیہ نہ ہونے کی وجہ سے اس کی سطح پر سیمپنی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے
اس میں ناک کے اندر بھی آبلہ ٹاپھتیاں پائی جاتی ہیں۔ منہ اور گلے میں اور شاہ ذونا در حد پر بھی یہ حالت بنتی ہے۔

رد کسر پانی

Electric light
ophthalmia.

بجلی کی فوق بنفشی شعاعوں سے متبہ جاتی ہے جس کی وجہ سے اس میں شدید درد ہوتا
ہے۔ آنکھ سے پانی بہتا ہے۔ چونکہ بنتی ہے۔ جفتی نقب من پیدا ہوتا ہے۔ اور چند گھنٹوں
میں جفتی ملتحہ میں ورم پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ حالت بعض وقت بجلی کے شرارت کرکٹ
ہونے سے جو تیز روشنی نکلتی ہے۔ اسی کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔

بیز روشنی کی وجہ سے پیدا ہونے والا التهاب ملتہ
اس کی علامتیں زیادہ نمایاں و درد زیادہ شدید
ہے۔ یہاں بعد غائب بھی ہو جاتا ہے۔ اس کی مختلف صورتیں
ہو سکتی ہیں۔ ممکن ہے کہ التهاب ملتہ سے بد ہو اور ضعف بصر پر اس کا ختم ہو۔ ذیل کے امراض سے اس کا تعلق
ہوتا ہے۔

رد کمر پانی۔ رون کی چونکہ لائق ہونے والا اندھ پن۔ یہ بھی ممکن ہے کہ بجلی کی چمک سے پیدا ہو جائے۔ بجلی کے
وتاروں کے درمیان غلط تعلق قائم ہونے سے جو روشنی پیدا ہو وہ اس کا باعث بنے۔ شعاع فوق بنفشی کے کمر میں بہت تیز
نکلیں گے فوق بنفشی شعاعوں کے تحت میں یہ بھی یہ مرض پیدا ہو سکتا ہے۔ مذکورہ تمام حالتوں میں مرضی تصویر یکساں ہوتی ہے
ان سب میں زیادہ تکلیف وہ فوق بنفشی شعاعیں ہوتی ہیں جن کا اثر آنکھ کی سطحی ساختوں پر بہت بڑا پڑتا ہے اس کے
اثر کی مختلف صورتیں ہیں ہو سکتا ہے کہ بالکل خفیف ہو یا اس قدر شدید ہو کہ جین اور ملتہ میں ورم پیدا کر دے ممکن ہے
کہ یہ ورم متوسط درجہ کا ہو۔

اس میں قرنیہ کے سطحی بشرہ کے غائب ہونے کا امکان ہے۔ اگر ایسا ہو گا تو قرنیہ میں سطحی زخم پیدا ہو جائیں گے اور بعض
ذاتی تکلیف میں بہت اعضاء ہو جائے گا۔ سخت چونکہ مدت میں کا شدید انقباض۔ بجز آنکھ سے پانی بہنا۔ تکلیف وہ انقباض
بعض اس میں پائے جاسکتے ہیں۔ چونکہ وجہ سے التهاب ملتہ کی علامتیں ذرا دیر میں نمایاں ہوتی ہیں یعنی شعاعوں کے شرارت
کے چند گھنٹے کے بعد پیدا ہوتی ہیں۔ ان کے علاوہ بقیہ بیماریوں میں بھی یہی کیفیت ہوتی ہے۔

ہم کی تیز روشنی سے لہجہ میں استہاب پیدا ہو سکتا ہے۔ عام اس سے کہ یہ تیز روشنی سمندر پر ہو یا ریگستان میں۔
 برف، نمک کے قودوں سے منکس ہو کر آنکھ میں داخل ہو۔ ہوا۔ گرد و جنار اور چوند عموماً تینوں ایک ساتھ اپنا
 اثر کرتی ہیں کیونکہ گرم ہوا میں قرینہ خشک ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں آنکھ میں اگر گرد وغیرہ پڑ جائے تو آنکھ کو ایک قسم
 کا ضربی صدر پہنچتا ہے اس پر مزید یہ کہ فوق لبغشی شعاعوں کا خراب کن اثر نمایاں ہوتا ہے۔ پہنچ نکلانے والے
 غوطہ زن لوگوں کی آنکھ میں بھی چوند کی وجہ سے یہ کیفیت پیدا ہو جاتی ہے کیونکہ یہ لوگ گھنٹوں روشن سمندر میں نہ کھڑے
 بیٹے رہتے ہیں ان کا نہ ایک پیسے کے اندر ہوتا ہے جس کی دوسری طرف شیشہ لگا ہوتا ہے۔ اس کے اندر سے
 لوگ سمندر کی تہ کو دیکھتے رہتے ہیں۔

ماہرین کا خیال ہے کہ نیچے کی طرف ٹیکے رہنا اور تنگ جگہ میں بود و باش بھی اس کا باعث ہی۔ اس میں آنکھ
 کے اندر مندرجہ ذیل تکالیف پیدا ہوتی ہیں۔

(۱) نظر کی کمزوری (۲) تیز روشنی میں آنکھ کو نہ کھول سکرنا (۳) آنکھ کے سامنے اڑتے ہوئے سیاہ تل کا
 دکھائی دینا۔

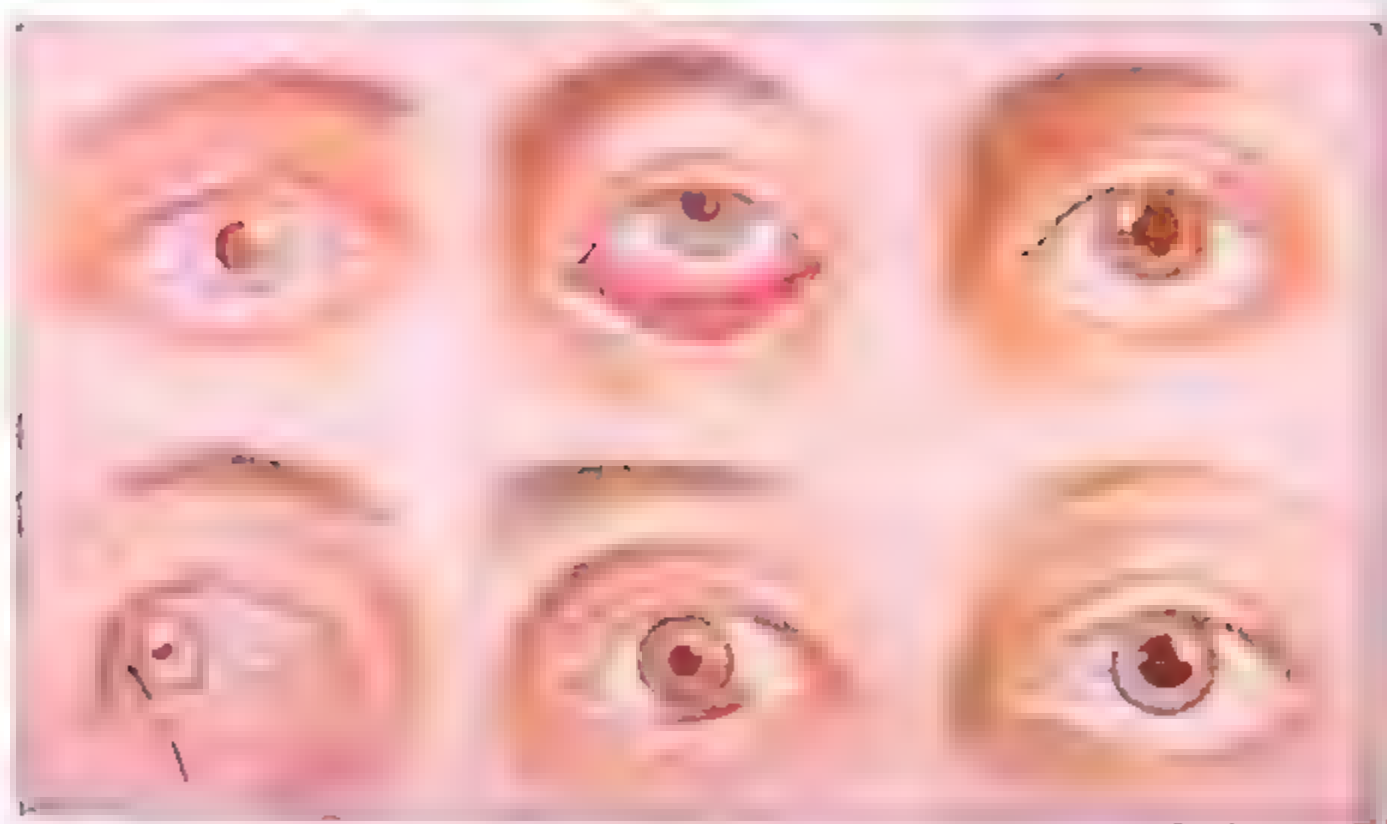
میدان بصر پر اس کا کچھ اثر نہیں پڑتا۔ ہم کو اس مرض کے متعلق مکمل معلومات حاصل نہیں۔ ممکن ہے کہ پانی کی
 سطح پر مختلف مقامات سے مختلف لمروں سے ستارہ نما انکاس نور اس کا باعث ہو۔ اس مرض میں جب آسمان پر ابر ہو
 تو مرض کو تکلیف نہیں ہوتی۔ آرام کرنے اور سیاہ چشمے کے لگانے سے وہ جلد اچھے ہو جاتے ہیں۔

چوند کی وجہ سے پیدا ہونے والا استہاب ملحقہ کا علاج۔ شروع میں کوکین محلول کے چند قطرے ڈالیں اور ٹھنڈی ٹیکید
 کریں۔ آنکھ میں ایٹر وین ڈالی جائے ۱۲ فیصدی طاقت کا آرجی رول بہت زیادہ استعمال کریں۔ مرضی کو
 اندھیرے کمرے میں رکھیں یا اس کو سیاہ چشمہ لگانے کی تاکید کریں۔ تیز دھوپ وغیرہ سے بچنے کی ہدایت کریں تاکہ اس کی
 وجہ سے صحت بضرر نہ آتی ہو۔

ملحہ کی فسادی تبدیلیاں

Degenrative changes in the Conjunctiva

ملحہ کا متحاتی کلکس Concretion | اس حالت میں جھنی ملحہ کے اندر چھوٹے جھوٹے زرد رنگ کے سخت مقامات



- (۱) احتقان ہمدی ررق المائی •
- (۲) احتقان ملتحمی بسیط •
- (۳) احتقان ہمدی بوجہ التهاب صلیبہ •
- (۴) التهاب صلیبہ میں احتقان •
- (۵) ملتحمہ میں انسداد الدم •
- (۶) احتقان ہمدی (بشری) •

ہے جاتے ہیں جو بہتری غلیظت اور خشک شدہ مفاصل کے تباہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ یہ جز خدیشہ Henle's glands کے گڑبڑوں میں جمع ہو جاتے ہیں۔ حقیقتاً اس میں نکلس بالکل نہیں ہوتا۔ لہذا اس حالت کا یہ نام بالکل غلط ہے۔ یہ مقامات اس قدر سخت ہوتے ہیں کہ کرمحرق کے ڈپرکس قدر اچھے ہو سکتے ہیں۔ قنویہ پر تن کی سختی سے مرکز ملتی ہے۔ تن کی موجودگی سے یہ معدوم ہوتا ہے کہ کوئی غریبہ آنکھ کے ذریعہ لگتی ہے۔ بہتوں نے یہ عموماً یہ یا اسے جلتے ہیں۔ ہمارے پاس کوئی معقول دلیل اس میں نہیں ہے کہ ہم اس کو نظری قرار دیں۔ اگرچہ قدس کے سینوں میں سختی متحرک اندر داخل ہوتی کا اہتمام بھی کرتا ہے۔ ان کا علاج یہ ہے کہ تیز سوئی کے ذریعہ ان کو نکال دیں۔

شمارۃ العین

Pinguecula

یہ اس مرضی حالت کا نام ہے جس میں شیش نما بھار متحرک پر پایا جاتا ہے۔ عموماً پر سر حالت میں رسیدہ شخص میں ملتی ہے اور خصوصیت کے ساتھ ان لوگوں میں پائی جاتی ہے جو گرد و خراب اور تیز ہوا میں کام کرنے کے عادی ہوں۔ یہ مثلث نما اور بھار متحرک العین کے اندر جوتا ہے جس کی چوٹی قرنیہ سے پرے ہوتی ہے۔ ورقاعدہ قرنیہ کے ساتھ متصل ہوتا ہے۔ یہ سب سے پہلے انسانی جانب پیدا ہوتا ہے اور بعد میں صدغی جانب بھی اس کا رنگ زردی مل جاتا ہے۔ اور ایسا نظر آتا ہے گویا کہ قرنیہ کے متحرک میں چربی جمع ہو گئی ہے۔ اسی وجہ سے اس کا نام Pinguecula رکھ گیا اور نہ حقیقتاً اس میں چربی بالکل نہیں ہوتی۔ بلکہ نیچر اصل میں فنا زجاجی Hyaline degeneration کا وقوع اور زرد لینی ساخت کی پیدائش کی وجہ سے اس کا یہ رنگ نظر آتا ہے۔

جب آنکھ میں التهاب ہو تو یہ حالت بہت زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے۔ اس کی تشخیص میں غلطی کا امکان ہے۔ علاج۔ اس کے علاج کی کوئی ضرورت نہیں۔ اگر مرض بد وضعی کی شکایت کرے تو عمل جراحی کے ذریعہ اس کو دفع کر دیا جائے۔

س حالت میں ملحقہ طبقہ قرنیہ پر مثلث نما شکل میں بڑھ آتا ہے اور رفتہ رفتہ قرنیہ کے مرکز تک پہنچ کر مینائی کو خراب کر دیتا ہے۔ اگر آنکھ میں ایک طرف ہو تو ہمیشہ انسانی جانب پایا جاتا ہے۔ لیکن بعض اوقات آنکھ میں دونوں طرف بھی یہی صورت پائی جاتی ہے۔ اس کی ابتدا شمارۃ العین سے ہوتی ہے۔ اس کو کاذب ناخن سے ضرورتاً تشخیص کرا چاہئے۔

ناخنہ

Pterygium

کاذب ناخونہ : وہ حالت ہے جس میں منورہ ملتئمہ قرنیہ کے کنارے پرہ قروں کے ساتھ چپاٹا ہوا چالٹ قرنیہ کے ہر مقام پر پائی جاسکتی ہے۔ اس حالت میں قرنیہ کے فیہی حصہ میں کچھ حصہ قرنیہ کا ملتئمہ سے الگ ہو جاتا ہے۔ اس وجہ ہم ایک سدنیوں میں عام پر ملتئمہ کے نیچے ڈال کر دوسری طرف نکال سکتے ہیں۔ مگر صادق ناخونہ میں یہ حالت نہیں ہوتی ناخونہ کی چوٹی کسی قدر پوڑی ہوتی ہے۔ ورس کے بعد قرنیہ میں قرص نہیں پایا جاتا۔ لیکن چھوٹی چھوٹی جلد پر جلی کیفیت نظر آتی ہے۔ ابتدا میں ناخونہ موٹا در عروق دار ہوتا ہے۔ جب اس کا بڑھنا بند ہو جائے تو یہ باریک ہو جاتا ہے۔ ورس کا رنگ پھیکا پڑ جاتا ہے۔ مگر یہ بالکل غائب نہیں ہوتا۔ صادق ناخونہ ملتئمہ کا صرف ایک پرت ہوتا ہے جو نیچے کی طرف قرنیہ اور صلبیہ سے ملحق ہو جاتا ہے۔ حالانکہ یہ التصاق نہایت معمولی ہوتا ہے۔ چوٹی پر اس کا قلعہ قرنیہ کے ساتھ ضرور مضبوط ہوتا ہے۔ زیریں ساختوں کے ساتھ لمبائی میں بہ نسبت چوڑائی کے کم ملحق ہوتا ہے یہی وجہ ہے کہ اس کے اوپر اور نیچے کے کناروں پر چٹ نظر آتی ہے۔

متھامین کا خیال تھا کہ ناخونہ درحقیقت ملتئمہ کا ایک حصہ ہے جو قرنیہ کی سطح پر قروح ساعیہ کی وجہ سے اوپر کو بڑھ آتا ہے۔ مگر بارخیال یہ ہے کہ قرنیہ کے سرے پر شہارتہ امین کے واقع ہونے سے اس کا تغذیہ خراب ہو جاتا ہے لہذا ندبی ساخت آگے بڑھنا شروع کرتی ہے اور اس پر بشہر کا استرقائم ہو جاتا ہے اور جب اس کی ترقی کی رفتار ختم ہو جاتی ہے تو یہ سخت یعنی بیج میں تبدیل ہو جاتا ہے

علاج : اگر ناخونہ آہستہ آہستہ پتلی کی طرف بڑھ رہا ہو تو اس کو نہ چھیرا جائے مگر جب تیزی کے ساتھ پتلی کی جانب ترقی کر رہا ہو تو اس کو چوٹی پر سے نہایت احتیاط کے ساتھ الگ کیا جائے اور چوٹی کو نیچے کی طرف لاکر طاقی ملتئمہ کے اندر شکاف سے کر اسی میں سی دیا جائے۔ بچوں کو یہ مرض نہیں لاحق ہوتا۔

”وہ تبدیلیاں مختلف حالات کے تحت ملتئمہ میں پیدا ہو سکتی ہیں“

زیر ملتئمہ خفیف نزف الدم : بعض اوقات خفی عروق کے پھٹ جانے سے ملتئمہ کے نیچے معمولی نزف الدم ہوتا ہے۔ ان عروق کے انشقاق کا باعث بلا واسطہ عمدہ مضرب ہے اور کبھی کبھی بلا کسی صدمہ کے خود بخود پیدا ہوتے ہوئے بھی یہ حالت دیکھی گئی ہے۔ شدید منویائی التهاب ملتئمہ میں نزف الدم کے نقاط پائے جاتے ہیں جن کے متعلق

Sub conjunctival
Ecchymosis

ماہرین کا خیال ہے کہ یہ عروقی سد دہوتے ہیں سن رسیدہ شخّص میں کھانسنے سے ستنے کے بعد اور بھاری وزن کے اٹھانے سے بھی یہ حالت دیکھی گئی ہے جس کا سبب حقیقتاً عروق کی دیواروں کی کمزوری ہوتی ہے۔ سیٹے ہمارا خیال ہے کہ آئندہ کے لئے اس کو خطرناک سمجھ کر مناسب علاج طلب کرنا چاہئے۔ سی حالت میں اگر قریب بھری کا معائنہ کیا جائے تو خرابانی نکلس کی علامتیں پائی جاتی ہیں۔ اگر یہ علامت موجود ہو تو فوراً اس کا مناسب علاج کریں کبھی مذکورہ علامتیں بالکل نہیں پائی جاتی۔ اس حالت کو سولے س کے کوئی بہت حاصل نہیں ہے کہ یہ آنکھ میں بدذاتی پیدا کرتی ہے۔ جو بچے کا لی کھانسی میں مبتلا ہوں ان میں بھی یہ حالت دیکھی جاتی ہے۔ آنکھ پر چٹ لکھنے کے بعد بہت کافی مقدار میں زفت ادم ہوتا ہے۔ اگر ایسا ہو تو اس کا مناسب علاج کریں۔ کیونکہ چوٹ کی وجہ سے مجھری بڑی ہوتی جاتی ہے۔ اور مجھری نرم انسجہ میں خون بھر جاتا ہے۔ دیر یا دو گھنٹوں میں ہی زیر طحہ زفت ادم پایا جاتا ہے۔

علاج۔ ایک ہفتہ سے لے کر ۳ ہفتہ تک خون خود جذب ہو جاتا ہے اور کسی علاج کی ضرورت نہیں پڑتی۔ شروع میں بزرگ محلوں کی ٹمنڈی پٹی لگانا چاہئے اور بعد میں تکیہ کی جائے۔

۱۱، حاد التهاب ملتحہ (۲) لغاوی دوران کے اندر رکاوٹ واقع ہونے پر ۳، تیسری دہائی حالتوں میں بھی ملتحہ میں ورم یا تسج پیدا ہو جاتا ہے۔ پہلی قسم کے مریضوں میں اس تسج کی وجہ سوزاکی التهاب ہے یا آنکھ کے اندر عام شیجوں میں غدوی بس کی وجہ سے اور اب کے علاوہ نزق الما حاد میں بھی یہ حالت پیدا ہو سکتی ہے۔ کبھی گیری کی وجہ سے بھی ایسا ہو جاتا ہے۔ کیس دمی کے التهاب۔ مجھری عظام کے التهاب منتشرہ اور التهاب سحابی میں بھی ملتحہ میں ورم پیدا ہو جاتا ہے۔ آنکھ میں ڈایونین ڈالنے سے ملتحہ کے عروق کی دیواروں میں خراش پیدا ہونے کی وجہ سے بھی یہ حالت پیدا ہوتے ہوئے دیکھی گئی ہے۔

ورم یا تسج ملتحہ

Chemosis

دوسری قسم کے مریضوں میں اس کی وجہ یہ ہے کہ مجھری ملتحہ کا دباؤ پڑتا ہے۔ جس کی وجہ سے لغاوی اور دمی دوران اس قدر رک جاتا ہے کہ ملتحہ میں تسج پیدا ہو جاتا ہے اور تیسری قسم کے مریضوں میں اس کا سبب مزمن التهاب الکلیہ یا مختلف قسم کے فقر الدم ہیں۔ بعض اوقات حیف کی خرابیوں سے بھی ورم ملتحہ پیدا ہوتا ہے۔

اس حالت میں مقرر خشک ہو جاتا ہے اور اس کی چمک جاتی رہتی ہے۔ ذیل کی بیماریوں میں یہ حالت پیدا ہوتی ہے۔

رمدیاس
ALTONIS

(۱) مدی بیاریوں کے ساتھ بطور نتائج کے (۲) عام جسمانی بیماریوں میں بھی

یہ حالت دیکھی جاتی ہے۔

پہلی قسم مقرر کے مذبی فساد کا نتیجہ ہوتی ہے۔ جیسا کہ رمدیاسی۔ احتراق یا غشائی التهاب مقرر کے بعد دیکھی جاتی ہے۔ ابتدائیں یہ حالت چھوٹے چھوٹے رقبوں میں پائی جاتی ہے۔ بالآخر سارے مقرر میں پھیل جاتی ہے اور طبقہ قرنیه بھی اس میں مبتلا ہو جاتا ہے۔

(۲) اگر مقرر میں ہمیشہ ہوا لگتی رہے جیسا کہ اللہ الرحمن کی حالت میں جب کہ آنکھ پوری طرح نہیں بند ہو سکتی ہو کر رہے۔ ایسی حالت میں کھلا ہوا حصہ خشک اور متب ہو جاتا ہے۔ بچوں میں بھی یہ حالت ملتی ہے جس کے ساتھ رتوند بھی پائی جاتی ہے۔ اس حالت میں قرنیه پر خصوصیت کے ساتھ چھوٹے چھوٹے مثلث نما مقامات ملتے ہیں جن پر خشکی طاری ہوتی ہے۔ موسم گرما میں عام طور پر یہ حالت دیکھی جاتی ہے۔ بعض ممالک میں جوانوں میں بھی رتوند کے ساتھ یہ حالت پائی جاتی ہے۔ جو بچے سجدہ لگاتے ہیں ان میں سے بعض میں اس کے ساتھ قرنیه کے بعض حصے مر جاتے ہیں۔ یہ خیال ہے کہ اس حالت میں آلات مدی میں کسی قسم کی خرابی کا پایا جانا ضروری نہیں۔

تشریح مرضی بشری غلیات کے اندر اس بیماری میں خاص تبدیلیاں پیدا ہوتی ہیں یہ غلیات مغلی حالت کو جو بڑا گرمی حالت اختیار کرتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ یہ خشک ہو جاتے ہیں اور ان میں دبازت آ جاتی ہے اور رطوبت پیدا کرنا بھی بند کر دیتے ہیں۔ خشکی طاری ہو جاتی ہے۔ غذائی بوین کے اندر رطوبت پیدا کرنے کی عکسریکٹ یہ وہ ہوتی ہے جس کی وجہ سے غلیات کی سطح پر شمعی رطوبت آ جاتی ہے۔ اس لئے مقرر کو آسوتر نہیں کر سکتے۔ مذکورہ حالات میں عصا زبردست بہت زیادہ نشوونما پاتے ہیں لیکن یہ حصہ اس حالت کا سبب نہیں ہوتے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ رمدیاس کا تعلق آلات مدی کی خرابی کے ساتھ کچھ نہیں ہے۔ کیونکہ طبی حالت میں خود مقرر کی رطوبت اس کو تر رکھنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ اس کا نتیجہ ہو چکا ہے کہ اگر حیوانوں کی آنکھ سے مدی غذا کھا لے جائیں تو ان میں رمدیاس نہیں پیدا ہوتی اور جب مقرر کی طبی رطوبت کی پیدائش میں کمی واقع ہو تو فوراً یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے۔

علاج - چونکہ یہ بطور ایک مہانت کسب لہذا اس کا مدد ہی ہی حادثہ کرنا چاہیے نسلی کو رفع کرنے کے لئے تعمی طور پر بورک مرہم یا روغن زیتون یا زودھ یا بے قلعی نموں کو یا میں نمین کو حینک استعمال کرنے کی ہدایت کریں۔ بچوں میں ان کی تحت تھوئی کو بہت نہانہ کی کوشش کریں۔

ملوین مہتمم | مدت تک کا شک یا پناہی کے اور سہ مہانت نموں نمہ میں استعمال کرنے سے تمہیں گہرا جھورا رنگ جو سیاہی مال بھی ہو سکتا ہے پیدا ہو جاتا ہے یہ رنگ نیرینہ مال مہر میں خصوصیت کے ساتھ پیدا ہو سکتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ غشا مہتمی سے پاپ دریا ف میں نڈی کے ذرات جمع ہو جاتے ہیں اس حالت کو درست کرنا بہت مشکل ہے۔ یہی حالت میں پوٹاشیم یا ڈاکہ محوں، فیسیک طاقت کا مہتمم کے نیچے تھپتھپ کیا جائے۔ اور عہد تک یوروتروپین Urotropin، کھانے کے ذریعے تو البتہ فائدہ کا امکان ہے۔

ملحہ کے سلعات

ملحہ کے غیر خبیثہ سلعات مندرجہ ذیل ہیں۔

(۱) سلعہ جلدیہ - (Dermoid) (۲) سلعہ شیمیہ (Lipoma)

(۳) سلعہ عروقہ (Naevus)

ان کے علاوہ دوسری قسم کی اکیاں ہوتی ہیں۔

سلعہ جلدیہ - یہ ٹھوس سلعہ قرنیہ کے کنارے پر پیدا ہوتا ہے جس کا کچھ حصہ قرنیہ میں اور کچھ ملحہ میں ہوتا ہے قرنیہ کے ساتھ یہ مستحکم طریقہ پر مدغم رہتا ہے۔ اور اس پر حرکت نہیں کر سکتا۔ عام طور پر قرنیہ پر صدغی جانب پایا جاتا ہے۔ اس کا رنگ سرخی مال سفید ہوتا ہے اور سطح پر نشیری خلیات پئے جاتے ہیں یا اس کی سطح خشک ہوتی ہے جس اوقات اس کی سطح پر باریک بال (درزیں) بھی ملتے ہیں کبھی ان بالوں میں سے دو لمبے بال بے بھی ہو جاتے ہیں اس کی ساخت جلدی ساخت سے بہت مشابہ ہوتی ہے۔ اس میں نیچ واصل پائی جاتی ہے جس کے اوپر نشیری خلیات اتر کر رہے ہیں۔ نیچ واصل میں شعری حوصلیات اور مختلف اقسام کے غدود ہوتے ہیں گویا کہ یہ متعلقہ عین پر ایک قسم کا

جلدی ہرزہ ہوتا ہے۔

یہ سلسلہ ہمیشہ خفگی ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ دوسری خفگی بد وضعیاں بھی پائی جاتی ہیں مثلاً کانوں کے سانسے

Wart اور Harelip کا موجود ہونا۔ بعض اوقات یہ سلعات پیدائش کے بعد حجم میں بہت بڑھ

جاتے ہیں۔

ان کا سب سے بڑا نقصان بد صورتی ہے۔ اگر یہ بڑے ہوں اور ان پر بال موجود ہوں تو آنکھ میں خراش پیدا کرتے ہیں۔ اور ان کی وجہ سے بنیائی میں رکاوٹ واقع ہوتی ہے۔ کیونکہ یہ قرنیہ پر مدتی حصہ تک پہنچ کر اور آگے کو بھی بڑھ سکتے ہیں۔

قرنیہ اور صلیب پر سے ان کو نہایت احتیاط کے ساتھ علیحدہ کیا جاتا ہے۔ اس کے نکالنے کے بعد ملحقہ کا زخم دونوں کناروں کے آپس میں سی دینے سے منڈل ہو جاتا ہے۔ قرنیہ پر جس مقام پر یہ سلسلہ ہوتا ہے وہ ہمیشہ کے لئے سحابی کیفیت اختیار کر لیتا ہے اس کو نکال دینے کے بعد اس کے کچھ حصے باقی رہ جاتے ہیں تو وہ دوبارہ بڑھ کر سلسلہ کی صورت اختیار کر لیتے ہیں۔ ان جلدی سلعات کو کیا س جلدیہ سمجھ لینا چاہئے یہ ان سے مختلف نوعیت کے ہوتے ہیں۔ جلدی کس میں اندر کی طات بشرہ اور اندر کی جانب دوسری ساختوں کے ساتھ ادھر ہوتا ہے جو طبعی جلد کے ادھر سے مشابہ ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے اس میں شری جو صلیب کے علاوہ شخی غدد اور اکثر عرقی غدد بھی پائے جاتے ہیں۔ ان کے علاوہ طحی غدد کے مانند غدد بھی ملتے ہیں جو باہر "روز" کے غدد سے مشابہ ہوتے ہیں۔ شاذ و نادر صورتوں میں ان جلدی سلعات کے اندر غرضت و غلام بھی پائی جاتی ہیں ہڈان ساختوں کی موجودگی میں انکو سلسلہ غضروفیہ اور سلسلہ عظمیہ کہا جائے تو زیادہ بہتر ہے۔

سلسلہ شحمیہ۔ ملحقہ کے نیچے سلسلہ شحمیہ ایک زرد اُبھار کی صورت اختیار کرتا ہے۔ اور زیادہ تر یہ مقلد عین پر مدتی جانب پایا جاتا ہے۔ اس کی شکل بے قاعدہ ہوتی ہے اور اس کا مثلث نما قاعدہ صاف معلوم ہوتا ہے۔ قرنیہ کی طرف لوہ کا رخ ہوتا ہے۔ در مثلث کے دو اضلاع کا رخ باہر کی جانب ہوتا ہے جو مجبوری شحم میں مدغم ہو جاتے ہیں۔

اگر یہ سلسلہ چھوٹا ہو تو بیرونی تقسیم کے اندر نیچے پوشیدہ رہتا ہے اور صرف اس صورت میں نظر آتا ہے۔ جب کہ آنکھ کو بہت زیدہ اندر کی طرف گھمایا جائے لیکن بڑے سلعات شحمیہ آنکھ کے سامنے نکلے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ ان کی وجہ سے بر صورتی پیدا ہوتی ہے۔ اس کے علاوہ اس سے مزید کوئی نقصان نہیں پہنچتا۔ خورد بینی معائنہ میں یہ سلعات شحمی

نصیصات پشگل نظر آتے ہیں۔ ان کے اوپر مٹھر اس قدر سخت ہوتا ہے کہ جلد سے مشابہ ہو جاتا ہے۔ اگر یہ صورت پیدا ہو سکے تو ایسے شہمی سلد کو کب کہا جاسکتا ہے۔ اور اس صورت میں اس کا نام سلد شحمیہ جلد یہ بھی رکھا جاسکتا ہے۔

جلدی سلد کی طرح یہ سلعات بھی خلقی ہوتے ہیں بعض اوقات بونع کے وقت یہ تجھ میں بت بڑے ہو جاتے ہیں اگر بصورتی کی وجہ سے ان کو نکالنا پڑے تو مٹھر کو شکاف لے کر نکال کر دینا چاہئے۔ مگر یہ خیال رکھیں، یعنی مٹھر کو کسی مٹھر میں بھی کاٹ کر علیحدہ نہ کریں۔ اسی طرح تمام شہمی نیبوں کو بھی کاٹ کر نکالنے کی ضرورت نہیں معلوم ہوتی۔

سلد عروقہ - دھڑلہ فاس کر مٹھر مقلی پر پیدا ہوتا ہے اور قریب کے نزدیک اس مقام پر ہر ہوتا ہے جہاں پر کہ شش رقت امین پیدا ہوتا ہے۔ یہ سلد چھوٹا، چپٹا اور نرم ہوتا ہے۔ مٹھر کے ساتھ حرکت کرتا ہے۔ اس کا رنگ مختلف ہو سکتا ہے۔ یعنی سرخی، لالہ رنگ سے لے کر گہرے بھوے رنگ تک ہوتا ہے۔ اور اس کی ساخت دھڑلہ سے مشابہ ہوتی ہے۔ مٹھر کی نازک نسج دھڑلہ میں بے شمار بے رنگ اور کچھ رنگ دار خلیات ملتے ہیں۔ اور ان کے علاوہ وحی لون (رنگ دار) خلیات کے جھنڈے ملتے ہیں۔

بعض ماہرین کا خیال ہے کہ یہ خلیات لغاوی بشرہ باطن سے حاصل ہوتے ہیں اور بعض ان کو سطحی بشری خلیات سے حاصل ہونے والے سمجھتے ہیں۔

عروقی سلعات بھی خلقی اور غیر خبیثہ ہوتے ہیں لیکن بعض اوقات ان سے خبیث قسم کی رسولیں پیدا ہوجاتی ہیں لہذا ان کا بہترین علاج یہ ہے کہ جلد از جلد ان کو کاٹ کر نکال دیا جائے۔

اکیاس - مٹھر کے اندر چھوٹے چھوٹے حوصلیات کی صورت میں اکیاس پائی جاتی ہیں جن کے مذکر کا بھی سیال باوجود ہوتا ہے۔ ان میں سے اکثر اور خصوصاً جو مقلی مٹھر پر ہوتی ہیں۔ وہ پھیلے ہوئے لغاوی عروق پشگل ہوتی ہیں۔

طاقی مٹھر میں بعض اوقات نیم شفاف لمبی اکیاس پائی جاتی ہیں۔ جو ماہر کراؤز کے نام کی طرف منسوب غدد سے پیدا ہوتی ہیں۔ ان اکیاس کے اوپر صاف بشری خلیات کا اثر ہوتا ہے اور ان کا کوئی تعلق مقد حشم سے نہیں ہوتا۔

طبعی حالت میں رہتا ہے۔ یہ اکیاس صلیب کے اکیاس سے مختلف ہوتی ہیں۔ علیٰ ہذا القیاس یہ زیرین جنس کی اکیاس جو فی نفسہ چھوٹی آنکھ میں پائی جاتی ہیں۔ ان سے بھی جسد اگانہ ہوتی ہیں۔ مذکورہ بالا دونوں صورتوں میں مقد حشم میں مرضی حالت پائی جاتی ہے۔

ہوٹ وغیرہ کے ٹکٹے سے بھی ملحقہ کے، مذاکیاں پیدا ہو سکتی ہیں۔

بڑھی ہوئی، انیاں بچوں میں دودھ کیسیہ (Cysticercus cellulosae) کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں۔ یہ حالت میں ملحقہ کے کسی مقام پر ایک جگہ پیٹے ہوئے عروق ملتے ہیں اور یہی عروق عمدتاً اٹھار کی صورت اختیار کرتے ہیں۔ اسی کے نیچے کیس کو ہم معلوم کرتے ہیں۔ یہ انیاں عموماً آسانی کے ساتھ زیرین ساختوں پر حرکت کرتی ہیں۔ ان کا تعلق طفیلی کے ساتھ زیرین صلیبہ یا عضلات چشم کے ساتھ ہوتا ہے۔ اگر ان انیاں کی دیواریں بہت نازک ہوں تو طفیلی حیوانوں کا سر اس کے اندر سفیدی پائی نظر آتا ہے۔ دودھ کیسیہ کو الگ کرنا آسان ہوتا ہے۔ خصوصاً جب کہ تنگانی سے کر ملحقہ کو کاٹ کر الگ کریں اور اس کے نیچے سے اس کیس کو بھی کاٹ کر علیحدہ کر دیں۔ گویا کہ یہ کیس ایک قسم کا حویلیہ ہے۔ جس کے اندر طفیلی حین موجود ہوتا ہے جس کو آسانی سے نکال کر علیحدہ کیا جاسکتا ہے۔

باسور (Polypi) اور دیگر سلعات

اس اصطلاح کے ماتحت ملحقہ میں اس نرم اور ابھری ساخت کو ہم تصور کرتے ہیں جو کبھی کبھی سخت بھی ہوتی ہے اور ملحقہ کے ساتھ ایک ڈنڈی (Pedicle) کے ذریعہ ملحق رہتی ہے۔ اس پر فٹانہ لگی کا نرم ہوتا ہے۔ اور یہ طاقی ملحقہ یا جفتی ملحقہ میں پیدا ہوتی ہے۔ بعض اوقات نیچی ڈنڈی کے ذریعہ ملحقہ سے ملحق ہوتی ہے اور بعض اوقات اس میں کوئی ڈنڈی نہیں ہوتی۔ یہ حجم میں اس قدر بڑی بھی ہو سکتی ہے کہ اجھان کے درمیان سے باہر نکل آئے۔ بڑے باسور میں گڑ وغیرہ سے قروح پیدا ہو جاتے ہیں۔ دراصل یہ باسور چھوٹے چھوٹے یعنی سلعات ہیں۔

جس مقام پر یہ پٹے ہوئے ہوں ان کو الگ کر کے اس مقام کو "سوزنا ٹریٹ" سے جلا دینا چاہیے۔

بعض اوقات طلیہ صلیبہ اور درم سے ان کو تیز کرنے میں غلطی ہوتی ہے۔ ان کی سطح صاف نہیں ہوتی ان کے اندر صلیبہ موجود ہوتے ہیں۔ اس بھری کی طرح ان کی سطح ناہموار ہوتی ہے اور ان میں یا تو کوئی ڈنڈی ہوتی ہے جس کے ذریعہ یہ ملحقہ سے ملحق ہوتے ہیں یا کوئی ڈنڈی نہیں ہوتی۔ اس وقت خصوصیت کے ساتھ ان میں کوئی ڈنڈی نہیں ہوتی۔ یہ اندرونی حقیقت سے شروع ہوتے ہیں اور چپٹے طریقہ پر ملحقہ کے اندر دوڑ تک چلے جاتے ہیں

ان کو بخوبی کاٹ کر ٹک کر دینا چاہئے۔ کیونکہ ان کے علاوہ دوسرے ہو سکتا ہے۔

ایریلی سلعات | یہ تیسری قسم کے سلعات ہیں جو تھمی باسور سے مشابہ ہوتے ہیں ان ہی کے مانند خنثی مغلی کے
: ریوٹھ سے لگے ہتے ہیں۔ گریباور کے دفا سے یہ غشاء مغلی سے ڈھکے ہوئے نہیں ہتے

بلکہ تھقمان کی مینی ندی ساخت، ارکی سے بنی ہوتی ہے۔ اور یہ ان مقامات پر پیدا ہوتے ہیں جہاں پر ملٹھ کے
سطحی خلیات ضایع ہو جاتے ہیں۔ خواہ یہ خلیات قروح کی وجہ سے یا بڑے ثبور، اوکسی، اپرین جس میں عضلات چشم پر
عمل جرح کیا گیا ہو اس کی وجہ سے ضایع ہوئے ہوں یا کسی دوسرے ملٹھ زخم یا ٹکے کے نکال دینے کے بعد یا ملٹھ کے
سینچے کسی (Chalazion) کے پھوٹ کر ملٹھ تک پہنچنے سے ضایع ہوئے ہوں۔ کچھ غرضہ کے بعد اپنے قعدہ
پر یعنی ندی ساخت کے بننے کی وجہ سے سکر جاتے ہیں اور پھر سکر کر گر پڑتے ہیں۔

مذکورہ تینوں قسم کے سلعات میں بعض اوقات عروق دمویہ بکثرت ملتے ہیں جس کی وجہ سے ان کے اندر
بار بار ہونے والے زخف الدم کو ہم بخوبی سمجھ سکتے ہیں۔ ان میں سے زخف الدم اس وقت خاص طور پر ہوتا ہے جب کہ
ان میں تقرح شروع ہو جائے۔ یا ان کو کسی قسم کا آلی عددہ پہنچے۔ مثلاً اس وقت جب کہ اجھان کو ان پر زور کے
ساتھ ملا جائے۔

اجھان سے سلوہ عروقہ بڑھ کر ملٹھ تک پہنچ سکتا ہے ابتدائی عروقہ سلعات ملٹھ میں شاذ و نادر ہی ہوتے ہیں
اور اگر ہوتے بھی ہیں تو آنکھ کے اندر کی طرف پائے جاتے ہیں۔ عموماً یہ غلطی ہوتے ہیں اور پیدائش کے بعد حجم میں ٹھہرتے ہیں
علاج۔ ان کا علاج یہ ہے کہ کربائی رو سے ان کو نچھ کر دیا جائے۔

مذکورہ سلعات کے علاوہ ملٹھ میں سلوہ اخافہ (Lymphangiomata) اور میو (Myxomata) بھی
پائے جاتے ہیں اور ان کے علاوہ نیچ واصل کی فزائش بھی ہوتی ہے۔ جس میں پیاز کے خلیات عام طور
ملتے ہیں۔ ماہرین اب تک یہ فیصلہ نہیں کر سکے کہ ان کو سلعات کے ماتحت شمار کیا جائے یا قرقمہ کے اور ان میں سمجھائے
ملٹھ کے اندر ثانوی طور پر خبیثہ سلعات پیدا ہو جاتے ہیں۔ گویا کہ اجھان سے ان
کی ابتدا ہوتی ہے اور ثانوی طور پر یہ ملٹھ میں پہنچتے ہیں۔ ملٹھ کے ابتدائی
خبیثہ سلعات جو سرطان اور کچی ہوتے ہیں وہ ملٹھ میں مختلف مقامات پر پیدا ہو سکتے ہیں۔ مگر عموماً ان کا ظہور قرقمہ

سلعات خبیثہ
Malignant tumors

و صلیب کے بار اتصال پر ہوتا ہے۔

یہ سلعات اور ام طلیہ سے پیدا ہوتے ہیں مگر ان سے مختلف ضرور ہوتے ہیں۔ چنانچہ ان سلعات کی سطح غشاء مخاطی سے ڈھکی ہوتی ہے اور ان کے اندر بے قاعدہ طور پر عروق پھیلے ہوتے ہیں ان کے اوپر سفید بشری خلیات پائے جاتے ہیں۔

سلعہ سرطانیہ بشریہ

Carcinomata

بعض اوقات یہ سلعات دبیز سل قرنیہ کی صورت اختیار کرتے ہیں۔ مگر اس سے یہ سلعات اس امر میں مختلف ہوتے ہیں کہ یہ متغلی متحرک بھی پھیلے ہوتے ہیں ان کی سطح ناتہوار اور جھدی ہوتی ہے اور ان کے اوپر بشری خلیات میں سماوی کیفیت نمایاں ہوتی ہے اس امر کا بھی امکان ہوتا ہے کہ بشری خلیات عروق سے ڈھک جائیں اس کے کنارے عموماً آزاد اور صرف زیریں ساختوں پر پڑے ہوتے ہیں مگر سلعہ کے ابتدائی مقام پر بشری زوائد رُشجہ تک نفوذ کر جاتے ہیں اور اس مقام پر خصوصیت کے ساتھ یہ زیادہ گہرائی تک پہنچتے ہیں۔ جہاں پر عروق صلیب کے اندر داخل ہوتے ہیں۔ گویا کہ اس طریقہ پر سرطانی بشرہ آنکھ کے اندر بھی پہنچ سکتا ہے۔ بغیر کسی قسم کے تفرق اتصال کے سد میں تفرق شروع ہو جاتا ہے۔ جو رفتہ رفتہ بڑھ کر کھلے ہوئے طریق بصری تک پہنچتا ہے۔

عموماً یہ سوداوی سلعہ ہوتا ہے۔ اور وجہ طونہ سے حاصل ہوتا ہے۔ زیریں ساختوں کے ساتھ اس کا تعلق خود اس کے نازک قاعدہ کے ذریعہ ہوتا ہے۔ یہ بھوسے یا سیاہ رنگ کا سلعہ ہے۔ جو قرنیہ پر پڑا ہوا نظر آتا ہے اس کو اٹھانے پر

سلعہ لحمیہ سوداویہ

Melano sarcomata

معلوم ہوتا ہے کہ قرنیہ کا بہت بڑا حصہ طبعی حالت میں ہے۔

آنکھ کے اندر کی طرف یہ خاص طور پر بڑھتا ہے اور ایک مرتبہ نکال دینے کے بعد دوبارہ پیدا ہو جاتا ہے سلعہ خبیثہ لحمیہ اور سرطانیہ دونوں بہت زیادہ عمر میں پیدا ہوتے ہیں اگر ان کو کاٹ کر الگ نہ کر دیا جائے تو بہت جلد بڑھتے ہیں اور حجم میں بہت زیادہ ترقی کر جاتے ہیں۔ بالآخر اعضاء میں ثانوی رسولیوں کی پیدائش کی وجہ سے قرنیہ انتقال کر جاتا ہے۔ لہذا جس قدر جلدی ہو سکے جراحی عمل کے ذریعہ ان کا تدارک کرنا چاہئے۔

جب تک یہ سلعات چھوٹے اور سطحی ہوں اس وقت تک صرف مقامی طور سے ان کا علاحدہ کر دینا کافی ہوتا ہے۔ مگر ان کا تدارک نہ کر کے اس سلعہ کی موجودگی میں خود آنکھ کو نکال دینا اشد ضروری ہے۔ اگر کسی وجہ سے سلعہ

ور آنکھ کو نکال دینا مناسب نہ سمجھا جائے تو ریڑھ کے ذریعہ علاج کریں؛ یدیم کا مسدود نہ جانے پر ہتھ میں اثر پڑ گیا ہے۔ اگر مسدود نہ ہو تو ہاتھ میں کچھ مینہ لی باقی ہو تو ایسی صورت میں ہی آنکھ کو نکال دینا چاہئے

”امراض قرنیه“

امراض قرنیه کی بہت اس وجہ سے زیادہ ہو کہ قرنیه کے اچھا ہونے کے بعد بھی مستقل طور پر اس کی سطح سفید اور غیر شفاف ہو جاتی ہے جس کی وجہ سے بینائی میں بہت فرق پڑتا ہے۔ اس کے علاوہ امراض قرنیه کے بعض عوارض ایسے بھی ہیں کہ بن کی وجہ سے آنکھ بالکل ضائع بھی ہو جاتی ہے۔

التهاب قرنیه قرنیهیں صدیدی اور غیر صدیدی دونوں قسم کے التهاب پیدا ہو سکتے ہیں۔ قرنیه سے متعلق متعدد ماہرین کے بشمار تجربات کی بنا پر ہمارے علم اب اس قدر وسیع ہو گیا ہے کہ ہم بخوبی اس کی مختلف قسموں کو سمجھ سکتے ہیں

قرنیه کا التهاب صدیدی **Purulent keratitis** قرصہ قرنیه۔ اس التهاب کا سبب ہمیشہ خارجی ہوتا ہے یعنی صدیدی جراثیم قرنیه کے اندر جانے سے داخل ہوتے ہیں اور یہی التهاب پیدا کرتے ہیں۔ قرنیه کو خارجی حملوں سے محفوظ رکھنے والی پہلی نسل اس کا بشری اہتر ہے۔ ہم پیسے بتا چکے ہیں کہ مختلف قسم کے جراثیم اس سے سوزا کی کردایت کے علاوہ عصار خناق وبائی اور کردایت ذات الریه بھی اس قسم کے جراثیم ہیں جو تندرست بشری خلیات پر حملہ آور ہو سکتے ہیں۔

بلکہ قرنیه چوں کہ آنکھ کے تمام حصص میں سب زیادہ کھلا رہتا ہے اس لئے اس پر رگزیہ خراش کا پہونچنا کوئی تعجب کی بات نہیں ہے۔ مگر اسی کے ساتھ یہ بھی یاد رکھنا چاہئے کہ آنکھ کے اندر شدیدیت والے جراثیم عام طور پر نہیں پائے جاتے۔ اور اگر ان جراثیم کی موجودگی ہو بھی تو مختلف انسجہ خصوصاً قرنیه کے مقدم بشری خلیات کی قوت حیات اس قدر قوی ہوتی ہے کہ ان حملہ آور جراثیم سے قرنیه کو محفوظ رکھ سکتی ہے۔ دوسری بات انسجہ کو یہ بھی حاصل ہے کہ طبعی حالت میں یہ خون اور لطف کی وجہ سے حملہ آور جراثیم کے خلاف کیل کانٹے سے درست رہتی ہیں۔ لہذا جب تک ایسے جراثیم آنکھ کے اندر نہ داخل ہوں کہ جن کی سمیت نہایت شدید ہو اس وقت تک قرنیه میں کوئی تباہی پیدا

نہیں سچکتی۔ لیکن اس صورت میں بھی مرض کی پیدائش کے لئے ضروری ہے کہ شدید سمیت دماغی جراثیم بہت زیادہ دیر تک قرنیہ کے ساتھ ملتی رہیں۔

رگ کی موجودگی کے علاوہ بعض اوقات آنکھ کے اندر بشری خلیات کی قوت مدافعت کمزور ہوتی ہے۔ بیک وقت کے خشک ہونے یا بد یا بس میں قرنیہ کے مقدم پرٹ کے خشک ہو جانے۔ یا ان کا تغذیہ مناسب نہ ہونے کی وجہ سے ان کے مردہ پڑ جانے اور تھج کی وجہ سے بشری استر کے غائب ہو جانے یا عصبی استرخا کی وجہ سے خود قرنیہ کی خلی سیج کا تغذیہ خراب ہو کر اس کے مردہ پڑ جانے کی صورت میں ہو ا کرتا ہے۔ اگر کو کین کا محلول آنکھ میں بہت زیادہ استعمال کیا جائے اور دوران استہمال میں آنکھ کو بند نہ رکھا جائے تو اس کا بشرہ کسی قدر گندلا ہو کر سطح سے غائب ہو جاتا ہے اس لئے اس دوا کے استعمال میں خاص احتیاط برتنا چاہئے اور تا وقتیکہ خاص ضرورت پیش نہ آئے اس کو استعمال نہ کرنا چاہئے۔

تغذیہ کی خرابی کا اثر صرف بشری خلیات پر نہیں بلکہ قرنیہ کی تمام خلی سیجوں پر پڑتا ہے۔ جب قرنیہ کا تغذیہ کسی وجہ سے خراب ہو تو اس میں گہرے قرصے پڑ جاتے ہیں اور آنکھ کے اندر جلد سوراج ہو جاتا ہے۔ بالآخر قرنیہ کا بہت بڑا حصہ مردہ ہو جاتا ہے۔ اس قسم کے بعض قروح میں جو صدیدی جراثیمی حملہ کا نتیجہ ہوتے ہیں ہمیشہ کمزور کرنے والے حالات میں چونٹ چپٹ کے بعد پیدا ہوتے ہیں۔ صدیدی الساب قرنیہ کی عام قسم مینی قرصہ قرنیہ میں قرنیہ کے سب سے مقدم پرٹ کے اندر مقامی طور پر نگرہ پیدا ہو جاتا ہے جس میں مردہ نسجیں قرنیہ کی سطح سے الگ ہو جاتی ہیں۔ اور بعض قرصہ کی سطح پر قائم رہتی ہیں۔ عموماً خود قرصہ کی سطح سے بشری استر کا زیادہ حصہ اور اسی کے ساتھ غشائیں بھی سنایع ہو جاتی ہے۔ کناروں کی طرف سے بشری خلیات کی افزائش شروع ہوتی ہے جو بہت جلد جلد



قرصہ قرنیہ کا عموماً قلع

شکل نمبر ۱۱۳

قرصہ کی طرف بڑھتی ہوئی نظر آتی ہے اور بالآخر قرصہ کے کناروں پر پڑھ کر مردہ نسج یا پپ کو اوپر سے ڈھانک لیتی ہے۔ قرصہ عام طور پر کنوری نہ ہوتا ہے اس کی دیواریں قرنیہ کی مٹی سے ابھری ہوئی معلوم ہوتی ہیں

س کی وجہ یہ ہے کہ قرنیہ کے پرت اس مقام پر پانی رطوبت کو جذب کر کے پھول جلتے ہیں ان پرتوں کے درمیان قرص کے پاروں طرف کچھ دور تک کرایات بنیاد کا اجتناب پایا جاتا ہے جس کی وجہ سے قرص کے پاروں طرف خاکسری رنگ کا ہار نظر آتا ہے۔ یہ درجہ قرص کی ترقی کا ہے۔ جسمانی دیگر حصوں کے مانند قرنیہ میں متب و غیر متب حصہ کے درمیان مداخل قائم ہو جاتی ہے۔

قرص کے مرکز میں جہاں پر کہ کثرت جراثیم موجود ہوتے ہیں ان سے کچھ دور تک باہر کی نسجیں محفوظ رہتی ہیں یہاں تو سمیات کے اثر سے کرایات مضاربہ ہوتے ہیں اور نہ ان کی حرکت باطل ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے یہاں کے خلیات مردہ نسجوں کی ہضم و تحلیل میں مشغول رہتے ہیں۔ جب مردہ نسجیں قرنیہ کی سطح سے خارج ہوتی ہیں تو قرص کا حجم پہلے کے اعتبار سے بڑھ جاتا ہے۔ مگر اس کے پاروں طرف کا گندے رنگ کا حصہ غائب ہو جاتا ہے۔ قرص کا فرش درکناسے ہوا اور صاف ہوتے ہیں۔ اس کے بعد قرص کا درجہ اندال (انخطاط) شروع ہوتا ہے۔ اسی دوران میں قرنیہ کے اندر عروق پیدا ہوتے ہیں۔ یہ عروق قرص کے نزدیک محیط قرنیہ سے چھوٹے چھوٹے عروق کی صورت میں نمودار ہوتے ہیں اور قرنیہ کی مداخل شدہ نسجوں کو پورا کرنے کا سامان فراہم کرتے ہیں۔ انہی کے ذریعہ اجزاء ترقیاتی بھی اس مقام پر پہنچتے ہیں۔ گویا کہ جراثیمی حملہ آوروں کے خلاف جنگ و جدال میں یہ بڑا حصہ لیتے ہیں بعض اوقات عروق اس قدر زائد پیدا ہو جاتے ہیں کہ فائدہ کی حد سے بڑھ جاتے ہیں۔ اور ایک خاص قسم کی حالت پیدا کرتے ہیں جیسا کہ Fascicular ulcer میں ہوتا ہے۔

جب قرص کے اندر عروق پیدا ہو جاتے ہیں تو سفی ندبی ساخت کے بننے کے لئے ہر شے موجود ہوتی ہے اور اس کا ظہور بھی دوسرے مقامات کی یعنی ندبی ساخت کے مانند عمل میں آتا ہے۔ یہی اصل کے قائم شدہ خلیات جو اس مقام پر حقیقتاً قرنیہ خلیات ہوتے ہیں یہ بہت زیادہ تعداد میں منقسم ہو کر مغزائی نواتی خلیات کے جھنڈ کی صورت اختیار کرتے ہیں۔ جن کے اوپر بشری خلیات بڑھ کر استر کر دیتے ہیں اور ان کی سطح ظہری سطح سے اونچی ہو جاتی ہے۔ ان مغزائی خلیات کے نوات اور یہ عروق بھی رفتہ رفتہ غائب ہو جاتے ہیں۔ اور ان کی جگہ یعنی نسجیں پیدا ہو جاتی ہیں چونکہ یہ یعنی ایلات قرنیہ پرتوں کی طرح باقاعدہ اور مرتب نہیں ہوتے۔ اسی لئے نور کی شعاعیں ان سے مختلف اطراف میں منعطف ہوتی ہیں۔ یعنی ندبی ساخت جس قدر زیادہ دبیز ہوتی ہے سی قدر زیادہ غیر شفاف بھی ہوتی ہے۔ اگر یہ یعنی ساخت بڑے رقبہ میں پیدا ہو اور دبیز بھی ہو تو بڑے عروق اس کے اندر قائم رہتے ہیں لیکن چھوٹے عروق غائب ہو جاتے ہیں غبار

بڑی دیر نہ سر پیدا نہیں ہوتی اور ضائع ہو جانے کے بعد جیسا کہ ہر قرعہ میں ہوتا ہے ہمیشہ کے لئے سحابی کیفیت پیدا ہوتی ہے مگر سطحی رکڑ بولنے سے قس کے مندل ہو جاتی ہے اس میں ایسا نہیں ہوتا۔

قرعہ کے درجہ تزامن میں آنکھ سے پانی بہت بہتا ہے چونکہ زیادہ لگتی ہی اور درد ہوتا ہے۔ کیونکہ قرعہ کے اندر عصب بھی خاص کی بھری شافیں لگی ہو جاتی ہیں۔ جراثیمی سمیت کسی قدر قرنیہ سے نفوذ کر کے خزانہ مقدم میں پہنچ جاتی ہے۔ یہاں پر ان کے دھن سے جذب ہو کر خزانہ مقدم میں پہنچتی ہے۔ اس مقام پر جراثیمی سمیت کا انجذاب منہ اور جسم ہڈی کے عروق میں خروش پیدا کرتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ عنبیہ اور جسم ہڈی کا احتقان رونما ہوتا ہے۔ اسی کے ساتھ بعض اوقات عظمیٰ ترانی حصہ میں شرمین ہڈیہ کا احتقان بھی ظاہر ہوتا ہے۔ اور کبھی یہ احتقان نہیں بھی ہوتا ہے۔ اگر خراش بہت زیادہ ہو تو کرایت بھیا کا کھڑو رونما ہوتا ہے جس کی وجہ سے عنبیہ اور زوند ہڈیہ کے عروق سے کرایت بھیا نکل کر خزانہ مقدم میں پہنچ جاتی ہے۔ اور وہاں اپنے نقل کے ماتحت نیچے کو مٹیہ جاتے ہیں۔ ایسی صورت میں یہ قرنیہ کے نیچے حصہ میں بہہ سے دیکھنے پر عیان طور پر معلوم ہوتے ہیں۔ اسی حالت کو ہم (Hypopyon) ارتشاح صدیدی کہتے ہیں۔ اس کے تعلق چند باتیں یاد رکھنے کے قابل ہیں بعض ماہرین کا خیال ہے کہ صدیدی خلیات قرنیہ سے حاصل ہوتے ہیں۔ حالانکہ یہ غلط ہے۔ اس کے وجہ ذیل میں بیان کئے جاتے ہیں۔

۱۱، غشا، ڈسٹٹی کے اندر سے کرایت بھیا نہیں گذر سکتے۔

۱۲، ان صدیدی خلیات میں بعض اوقات کوئی صبیبت بھی پائے جاتے ہیں جن کی موجودگی اس امر کی دلیل ہو کہ یہ خلیات طریق عینی سے حاصل ہوتے ہیں۔

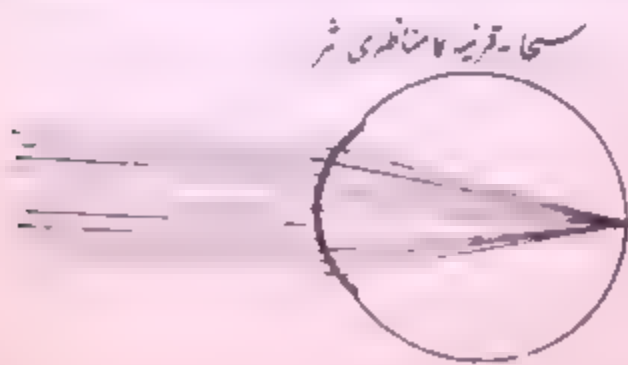
۳، قرعہ قرنیہ میں آنکھ کے اندر سوراخ ہونے سے پہلے اگر خزانہ مقدم کی پیپ کا معائنہ کیا جائے تو اس کے اندر جراثیم نہیں پائے جاتے۔ مٹی اور مٹی دونوں نقطہ نگاہ سے یہ مشابہہ زبردست اہمیت رکھتا ہے۔ کیونکہ یہ اس بات کی دلیل ہے کہ کھار کرایت بھیا، کا سبب صرف جراثیمی سمیت ہے کوئی جراثیم اس کا باعث نہیں کہ خلیات کی طرح فوٹو ڈسٹٹی سے گذر کر خزانہ مقدم میں پہنچ سکے۔ یہی وجہ ہے کہ خزانہ مقدم کی پیپ باسانی جذب ہو جاتی ہے۔

یہ پیپ ایک کھار کے عصب میں پیدا ہو سکتی ہے اور نورمی طریقہ پر غائب اور پھر ظاہر بھی ہو سکتی ہے۔ حقیقتاً یہ سیال صدیدی ارتشاح ہے جو مختلف ذرات میں بعض کا سر لکھنے سے اپنی جگہ کو بدلتا رہتا ہے چونکہ اس میں جراثیم بالکل نہیں ہوتے

لہذا اس کانکال دینا کوئی ضروری نہیں جیسا کہ دوسرے مقامات کی مپ کو نکال دینا ضروری ہوتا ہے۔ مگر قدرہ کم از کم رک جائے اور اس میں اندھاں شروع ہو جائے تو یہ صدیدی ارتشاح خود بخود بند ہو جاتا ہے۔ بہا اوقات اس کی مقدار اس قدر خفیف اور معمولی ہوتی ہے کہ صرف طور پر معلوم بھی نہیں ہوتی۔ کیونکہ قرنیہ کے اوپر چربی جوں سببیہ کی تہ اس کو چھپائے رکھتی ہے اور کبھی اس قدر کافی مقدار میں ہوتی ہے کہ عنبیہ کی نصف سطح تک پہنچ جاتی ہے۔ دوسری سطح شعلی وجوہ کے ماتحت ہموار ہوتی ہے کبھی بھی اس کی مقدار کی زیادتی یہاں تک دیکھی گئی ہے کہ نزدیک مشہد اس سے بالکل بھر گیا ہے۔ ایسی صورت میں اس کی وجہ سے عنبیہ غائب ہو جاتا ہے۔ اس کی مقدار میں قدر زیادہ ہو اسی قدر یہ کم سیاں ہوتی ہے کیونکہ اس کے اندر یضین کا جال بن جاتا ہے۔ اس جال کے اندر کریت بننا پھیل جاتے ہیں۔ ایسے صدیدی ارتشاح کا انجذاب بہت دیر میں ہوتا ہے اور اس کے نکالنے کے سے شکاٹ لینے کی ضرورت پڑتی ہے۔

یعنی ندبی سست جو قرنیہ کی ضیاع شدہ نیچوں کی جگہ سیتی ہے عموماً اس قدر زائد ہوتی ہے کہ زخمے زخمے کو بھر دیتی ہے اور اس پر بشری استر آنے کے بعد اس کی سطح گرد و جوار کی قرنوی سطح کے ہموار ہو جاتی ہے۔ گریہ ندبی ساخت بہت خفیف ہو تو اس کو سحابہ (Nebula) اور گرنہ یادہ دبیز ہو تو اس کو بقعہ (Macula) اور اگر بالکل سفید اور موٹی ہو تو اس کو "کوکب" (Leucoma) کہتے ہیں۔

قرنیہ کی مرکزی منتشر سحابی کیفیت بہ نسبت اس کو کب بغیر کے زیادہ خراب ہوتی ہے جو پورے حدۃ بعین کو نگھیرے ہو۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ سحابی کیفیت کی وجہ سے روشنی کی شعاعیں مختلف اطراف میں منطقت ہوتی ہیں اور کب جس قدر حدۃ بعین کے سامنے



شکل نمبر ۱۱۴

ہو اسی قدر روشنی کو روکتا ہے ورنہ بقیہ حصہ میں سے روشنی کی شعاعیں صاف گزرتی ہیں۔

یہ ضروری نہیں ہو کہ

کسی سحابی کیفیت کی وجہ سے نور کی شعاعیں قرنیہ تک نہ پہنچ سکیں۔ اگر قرنیہ کے مرکز میں سفیدی ہو تو اس کے ذریعہ

۱۰۔ ف میں سے روشنی کی شعاعیں گزر کر اس کے چھپے مرکز پر جمع ہو سکتی ہیں صرف وہ شعاعیں مشکیہ تاکہ پہنچیں گی جو مرکزی سفیدی میں سے نہیں گزر سکتیں۔ اس صورت میں ہشیدہ اور ان کی حدود نظر تو آئیں گی مگر وہ زیادہ صاف نہ ہوں گی۔

بب باؤینی غشا، تباہ ہو جائے تو قرنہ کی سفیدی مستقل طور پر قائم رہ جاتی ہے۔ مگر اس کے بعد کسی حد تک اس میں کمی ہو جاتی ہے۔ مریض جتنا جوان یا کم عمر ہو اسی قدر اس سفیدی میں کمی کا امکان ہے اور جس قدر گہری یعنی ندبی ساخت ہو اسی قدر اس میں زیادتی ممکن ہے اس حقیقت کو ہم بہترین طریقہ پر اس عمل جراحی میں دیکھ سکتے ہیں جو قرنہ کے اندر سے سوئی گزار کر عدسہ عہدیہ میں (نخن الابره) Needling اس کے لئے کیا جاتا ہے۔ وہ مقامات جہاں پر قرنہ کے اندر سوئی داخل کی جاتی ہے ہمیشہ کے لئے نقاد کی صورت میں باقی رہتے ہیں۔

عروق بھی سحابی کیفیت کے کم ہونے میں مدد دیتے ہیں۔ کیونکہ یہ مشاہدہ ہے کہ سحابی کیفیت سب سے پہلے اُس مقام سے غائب ہوتی ہے جو عروق کے نزدیک ہو۔ قرنہ کی نہایت خفیف سحابی کیفیت تقریباً شفاف ہوتی ہے۔ شاید اس کی وجہ یہ ہو کہ اس میں یعنی ندبی ساخت بہت کم ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے سطح ہموار یا بعض اوقات ذرا نیچی ہوتی ہے۔ اگر قرنہ کے انوکھے کو غور سے دیکھنے پر ان مقامات میں مفلح (Facets) نظر آویں تو ان کی وجہ سے بنیائی میں بہت فرق پڑتا ہے یعنی ندبی ساخت کی کمی کی وجہ سے طبقہ قرنہ اس مقام پر بہت تپا ہوتا ہے۔ اور کچھ غرض کے بعد یا اس وقت تو ترعین کے دباؤ سے قرنہ باہر کو ابھرتا ہے۔ کیونکہ تپا ہونے کی وجہ سے اس کی مقاومت کم ہوتی ہے۔ جیسے جیسے یہ ندبی ساخت مضبوط ہوتی جاتی ہے۔ ابھار کم ہوتا جاتا ہے یا ہوشیہ کے لئے یہ جگہ باہر کو ابھری ہوئی باقی رہ جاتی ہے اس کو ہم (Keratectasia) بروز القرنیہ کہتے ہیں

بعض قروح جو شدیدیت والے کردیات ذات الریہ اور عفنی برائیم کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں وہ بہت جلد گہرے ہو جاتے ہیں ان قروح میں آنکھ کے اندر سوراخ ہو جانے کا ڈر ہوتا ہے۔ ان میں بہت جلد قرنہ کی خطی شبکیں ضائع ہو جاتی ہیں۔ صرف غشا وسطی باقی رہتی ہے کیونکہ اس کے اندر برائیمی عددی کے خلاف قوت مدافعت بہت قوی ہوتی ہے مگر یہ غشا اکیلے تو ترعین کو برداشت کرنے کے قابل نہیں ہوتی۔ اسی لئے قروح کے وسط میں باہر کو ابھرتا ہے بعض اوقات اس میں دوران ہو جاتا ہے اور کبھی سی صورت قائم رہتی ہے۔ اور اس کے ابھار کے پاروں طرف یعنی ندبی ساخت کا سفید حلقہ

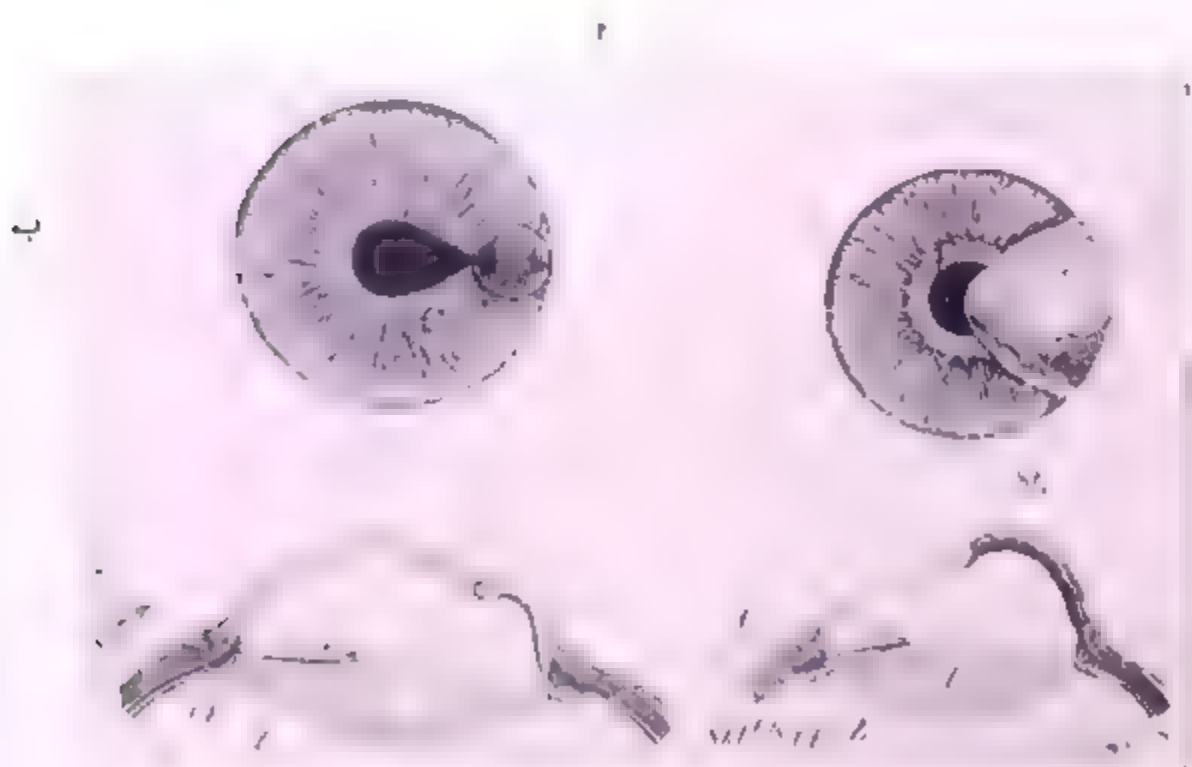
۱۔ (الف) مہن چدن کا یورینی الثواء چدن •

(ب) سور الثورہ (۱) مدسہ (٪) رباط معنق مدسہ (Ct) روائد

مدسہ (Ct) جسم مدسہ (Kt) مدسہ (Ct) مانتسمہ •

۲۔ (الف) حرنی ازمد'ع قونہ جس کے اندر کی طرف مدسہ کا الصاق ہو گیا ہے •

(ب) سور سے مقام یو علیہ قونہ کے سوراج سے باہر نکل کر ایک سواہ دارہ کی صورت اختیار کرتا ہے — (حروف کی تشریح مثل سابق) •



قرنیہ کے اندر سوراخ ہو جانے کے بعد خزانہ مقدم کا باہر سے تعلق ہو جاتا ہے۔ اگر قرنیہ نے اندر کی طرف سوراخ ہو جائے تو خزانہ مقدم کی رطوبت مالی فوراً باہر نکل آتی ہے۔ اور تو ترعین مسند درجہ پر پہنچ جاتا ہے۔ یعنی ہوا کے دباؤ کے درجے کے برابر ہو جاتا ہے۔ طبقہ غبئیہ اور عدسہ جلدیہ آگے بڑھ کر قرنیہ کی موخر سطح سے مل جاتے ہیں۔ قرنیہ کے اندر اس سوراخ کے ہو جانے سے اس کے تغذیہ پر چھ اثر پڑتا ہے۔ تو ترعین کے کم ہو جانے سے لمفاوی ترشح قرنیہ کے اندر آسانی سے ہو سکتا ہے اس لئے اس ترشح کی مقدار بڑھ جاتی ہے۔ عموماً اس کے بعد قرنیہ کے قروح کا بڑھنا رک جاتا ہے۔ درد کم ہو جاتا ہے۔ اور تیزی کے ساتھ اس میں یعنی ندبی ساخت بند شروع ہو جاتی ہے۔ اس سوراخ کی وجہ سے جو عوارض رونما ہوتے ہیں وہ مینائی کے لئے بہت بُرا اثر رکھتے ہیں۔ اور خود آنکھ کے لئے بھی خطرناک ہوتے ہیں۔ یہ عوارض دوری کی وضع اور حجم کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔

عموماً یہ سوراخ طبقہ غبئیہ کے سامنے کسی مقام پر ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے جب رطوبت مالی خارج ہوتی ہے تو طبقہ غبئیہ اس سوراخ کے اندر آکر قائم ہو جاتا ہے۔ لمفاوی رطوبت کی وجہ سے قرص کے چاروں طرف اس کا التصاق ہو جاتا ہے۔ جو بعد میں عموماً مستقل صورت اختیار کر لیتا ہے۔ اس حالت کو یا مستقل التصاق مقدم (Anterior synchia) رونما ہوتا ہے۔ غبئیہ کی وجہ سے سوراخ کے بند ہونے پر خزانہ مقدم پھر بند جاتا ہے اور رطوبت مالی کا ترشح بہت کم ہو جاتا ہے۔ اگر مریض اپنا آنک کوئی حرکت ایسی کرے جس میں زور لگے مثلاً کھانا چھینکنا۔ اجابت کے لئے کونٹھنا یا عضلہ محیط جفنی کا انقباض وغیرہ تو یہ مالی رطوبت پھر طبقہ باہر نکل آتی ہے۔ اس قسم کی حرکات جن میں زور لگانا پڑے ان سے ضغط دموی بڑھ جاتا ہے جس کی وجہ سے تو ترعین میں زیادتی ہوتی ہے اور چونکہ قرص کا کمزور فرش اس کو برداشت کرنے کے قابل نہیں ہوتا اس لئے پھٹ جاتا ہے ایسی صورتیں ہیں جب کہ سوراخ بہت بڑا ہو غبئیہ کا ایک حصہ نہ صرف سوراخ کے اندر داخل ہو جاتا ہے بلکہ اس کے اندر سے قرنیہ کی سطح پر باہر نکل آتا ہے اگر اس سوراخ کے اندر غبئیہ کا حدی حصہ نہ ہو تو اس کی شکل نصف کرہ کے مانند ہوتی ہے۔

جب عنبیہ کا حداتی سر اس کے اندر جاتا ہے تو قرنیہ کے باہر نکلا ہوا عنبیہ کا ایک ٹکڑا دکھائی دیتا ہے۔
 بہر حال بہرنگے سونے عنبیہ کا ٹکڑا بتجدید پیدا ہوتا ہے۔ کیونکہ اس کی سطح پر خاکستری یا زرد رنگ کی لمف
 جمع ہوتی ہے۔ اگر عنبیہ کا بت بڑا ہو تو اس کی خلیئہ نیچے غائب ہو جاتی ہیں اور نیچے سے شہکیہ کا رنگین
 بشرہ صاف نظر آنے لگتا ہے۔

ان قزوح میں کبھی ایسا ہوتا ہے کہ تمام قرنیہ میں سوائے اس محیطی حصے کے جو صلیب سے متصل رہتا ہے
 نڈروز کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ اگر اس حالت میں قرنیہ مسدود ہو جائے تو سارا سبب عنبیہ تنگ ہو جائے گا۔ حدتہ عینی
 میں مغاوی رطوبت جمع کر اس کو بند کر دیتی ہے اور کاؤب طبقہ قرنیہ پیدا ہو جاتا ہے جو حقیقتاً طبقہ عنبیہ ہوتا ہے
 جسکی سطح پر لمف منجمد ہو جاتی ہے۔

اگر قرنیہ میں یکایک سوراخ ہو جائے تو عنبیہ بیدار رہے کہ رباط معلق بہت زیادہ پکڑ جاتے ہیں اور بعض اُن
 میں سے ٹوٹ بھی جاتے ہیں جس کی وجہ سے عدسہ جلید یہ ایک طرف کو تیرٹھا ہو کر آگے کو بڑھ آتا ہے۔ اور اگر
 رباط بالکل جی ٹوٹ جائیں تو عدسہ جلید یہ آنکھ کے بالکل باہر نکل آتا ہے۔

سوران کے اندر سے عنبیہ کے باہر نکل آنے کے باوجود سیفی ندبی ساخت بنتی رہتی ہے اور عنبیہ کے اوپر کی لٹھی
 آئینہ متقل صورت اختیار کر لیتی ہے اور اس جگہ پر نیچے واصل کی جلی تہ پیدا ہو جاتی ہے۔ جس کے اوپر لمبھی یا قزوح
 بشرہ پورول طرف سے بڑھ کر اتر کر دیتا ہے۔ پھر جب یہ نیچے سڑتی ہے تو باہر ابھری ہوئی سطح کو کسی حد تک
 سطح کر دیتی ہے لیکن بالکل سطح نہیں کرتی۔

عموماً کمزور نیچیں (عنبیہ اور نیچ واصل) تو ترعین کے دباؤ کی مقاومت نہیں رکھتیں اس لئے باہر کی طرف کو
 ابھرتی ہیں۔ اس قسم کی باہر ابھری ہوئی نیچی ندبی ساخت کو ہم عنبیہ القرنیہ مقدم Anterior staphyloma
 کہتے ہیں۔ اگر عنبیہ کا ساٹھ کی طرف کا ابھار صرف ایک حصہ میں ہو تو اس کو جزئی عنبیہ القرنیہ کہتے ہیں۔ اس عنبیہ القرنیہ
 پر نیچ واصل کے لیاف اور رباط چوڑائی و دبائیت میں مختلف ہوتے ہیں۔ اسی وجہ سے اس پر فیصلی کیفیت پیدا ہو جاتی
 ہے اس لئے اس کو خوشہ انکوری سے تشبیہ دی گئی ہے۔

گر دوران حدتہ عینی کے سامنے ہو تو اس کے اندر طبقہ عنبیہ داخل نہیں ہوتا۔ مگر اس صورت میں سوراخ

کے کناروں کے ساتھ حد قد غشی کے کنارے متعلق ہو جاتے ہیں اور سورج میں یسین بھی چھباتی ہے خزانہ مقدم بنایت آہستہ آہستہ بنتا ہے۔ حد سہ حلبید یہ بہت دیر تک قرحہ کی کچلی سطح سے ملحق رہتا ہے جس کے اندر اس مقام پر مستقل سفیدی پیدا ہو جاتی ہے اس طرح گویا کہ مقدم اندنی موتیا پیدا ہو جاتا ہے۔ جب خزانہ مقدم رطوبتانی سے از سر نو بھر جاتا ہے تو سورج کے اندر کے سفی اشیاء پر جو سورج کو پوری طرح بند کر دیتا ہے ہر اندر سے دبوڑتا ہے اور اس دباؤ کی وجہ سے عموماً اور خاص کر اس وقت اس کے اندر سورج ہو جاتا ہے جب کہ مرض یسین ہو۔ یہی حالت بار بار پیش آتی رہتی ہے یہاں تک کہ قرقوی سورج مستقل صورت میں قائم ہو جاتا ہے اس حالت کو ہم سورقوی (Corneal fistula) کہتے ہیں۔

جب اچانک قرنیہ کے اندر سورج ہو جاتا ہے تو قرقین کا دباؤ تمام عروق و موی پر کم ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے عروق میں انقباض ہوتا ہے اور بعض اوقات یہ پھٹ بھی جاتے ہیں اور آنکھ کے اندر زف الدم ہونے لگتا ہے جس وقت جب شبکیہ کے عروق پھٹتے ہیں تو زجاجی زف الدم رونما ہوتا ہے۔ طبقہ شبکیہ کے عروق کے پھٹنے کی وجہ سے شبکیہ یا شبکیہ کے نیچے زف الدم ہوتا ہے جو کبھی اس قدر شدید ہوتا ہے کہ خون کے ساتھ آنکھ کی تمام شبکیہ باہر کو بہا آتی ہے اور کبھی اس کی شدت اس حد تک ہوتی ہے کہ جان کا بھی خطرہ ہوتا ہے۔ مگر حضرات انہیں سن رہے ہیں یہ خاص مایہ ہوتے ہیں جن کو امر جن بلا میہ لاحق ہوں۔ جب یہ صورتیں پیدا ہوتی ہیں تو قرقہ پیدا کرنے والے جراثیم آنکھ کے اندر داخل ہو کر زجاجیہ کے اندر نہایت آزادی کے ساتھ نشو و نما پاتے ہیں۔ عروقی اندر داخل ہونے پر جسمانی و طبقہ غشیہ کا صمدیدی التهاب یا التهاب کل لعین پیدا ہو سکتا ہے۔ اس کا خطرہ التهاب ملحقہ سوز کی صورت میں ہونے کے ساتھ ہوتا ہے اور ایسے قروح میں بھی یہ حالت پیدا ہو سکتی ہے جس میں صمدیدی ارتشاح خزانہ مقدم میں ہوتا ہے۔ علاج۔ جن قروح میں سوار قرقہ کے اور دوسرے عوارض نہیں ہوتے۔ ان کے علاج میں صفائی کو خاص طور پر مد نظر رکھیں یعنی جہاں تک ممکن ہو آنکھ کو زیادہ دھویا جائے۔ اس مصرف کے لئے گرم بورک محلول استعمال کیا جائے۔ آنکھ کو آرام دیں۔ بورک کی تکیہ کی جائے۔ آنکھ کو روشنی اور دوسرے بڑے اثرات سے بچائے رکھیں۔ بورک محلول کے استعمال میں جرحی تطہیر کا پورا خیال رکھا جائے۔ تکیہ اس وجہ سے مفید ہے کہ یہ دوران خون کو تیز کرتی ہے اور اندام میں مدد دیتی ہے۔ مقامی نشیجوں کو ایڑوین سے آرام ملتا ہے۔ بیڑنی مضر اثرات سے بچتی ہے

کے ذریعے تحفظ حاصل ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے ایسی آنکھ پر بیرونی مضر اثرات سے بچانے کے لئے اور اس کو آرام پہنچانے کے لئے پٹی باندھ دیتے ہیں۔

معمولی سادہ قرصہ قرنیہ کا علاج حسب ذیل طریقہ پر کرنا چاہئے۔

کسی جگہ جراثیم کش نشیمنوں کی زیادہ مقدار سے متحیر کو دھویا جائے۔ دن میں تین چار مرتبہ ہی عمل کیا جائے آنکھ میں محلول کو جس قدر گرم برداشت کر سکے سی قدر گرم اس کو استعمال کرنا چاہئے۔ اس کے مفید اثر کی وجہ یہ ہے کہ آنکھ کے اندر جراثیم دھلکے باہر خارج ہو جاتے ہیں۔ اور سیت پیدا کرنے والے جراثیم کی تعداد آنکھ میں کم ہو جاتی ہے۔ ان جراثیم کے مدوہ مقام ہاؤف سے مردہ ساختیں بھی دھلکے علیحدہ ہو جاتی ہیں۔ مگر یہ محلول آنکھ میں اس قدر قوی نہیں استعمال کرنا کہ جن سے یہ جراثیم ہلاک ہو جائیں جو محلول جراثیم کیلئے تباہ کن ہو گا۔ وہ قرنوی شیجوں کو مردہ کر دے گا۔ مذاہب و رتبہ محلول یا سیاہی محلول (۸۰۰۰ میں ۱) استعمال کیا جائے۔ ان دونوں میں کوئی فرق باقی نہیں رہتا۔

محلول سے ہر مرتبہ آنکھ کو دھونے کے بعد ایڑ وپن محلول فیصدی کا ایک قطرہ آنکھ میں ڈالا جائے یا ایک فیصدی طاقت کا ایڑ وپن مرہم اجفان کے اندر لگا دیا جائے اور اس کے بعد تحفظ کے لئے پٹی باندھ دی جائے پٹی کا طریقہ یہ ہے کہ بظہر رونی کی ایک تہ پر مطہر گاز کا ایک ٹکڑا لگا کر پہلے پٹی تیار کر لیتے ہیں۔ اسی تیار کردہ پٹی کو آنکھ پر رکھ کر اوپر سے ہلکی سی پٹی باندھ دیتے ہیں۔ اس پٹی کا ایک حلقہ سر کے گردے جا کر سر پر چھپنے کی طرح باندھ دیا جاتا ہے۔ معمولی بظہر رونی کے لئے مذکورہ بالا علاج کافی ہے۔

زیادہ شدید حالتوں میں گرم محلولات سے دھونے کے درمیانی وقفہ میں بور کی تکیلات کی جائیں۔ اور ہر ۳ گھنٹہ کے بعد گرم محلول دھونے کے لئے استعمال کیا جائے۔ تکیہ کے بعد گرم محلول میں لنٹ بھگو کر آنکھ پر رکھ دی جائے اور اس پر گٹا پارچہ کا ایک پرت رکھیں پھر بظہر رونی سے اس کو ڈھانک کر ہلکی سی پٹی باندھ دیں۔ یہ گرم لنٹ گرم محلول میں خوب تر ہوتا کہ اس کی گرمی زیادہ تریک قائم رہ سکے۔ قرنوی قروح کی حالت میں ایڑ وپن کے اثرات دو قسم کے ہوتے ہیں ایک تو یہ کہ آنکھ کے اندرونی عینی عضلات میں استرخاء پیدا کرتی ہے جس سے آنکھ کو آرام ملتا ہے اور دوسرے یہ کہ عینی التهاب کے خطرناک نتائج و تکلیفات آنکھ کو محفوظ رکھتی ہے۔ قرنوی قروح میں ہمیشہ عینی و ہدنی

گراس امر کی ضرورت محسوس ہو کہ بیٹے اپنی آنکھ پر بندھی ہوئی پٹی کو ہاتھ نہ لگائیں تو ان کے دونوں بازووں پر بلب جبرہ لگادیں جو کہنی سے بیٹے تک جاوے تاکہ وہ ہاتھوں کو موڑ نہ سکیں۔ کمزور نوجوانوں یا سن رسیدہ شخصوں میں یا بہت زیادہ نانا بچوں کو زود بخیم غذا میں دین چاہیے کہیں۔ اس کے علاوہ ان کو قوی ادویہ استعمال کریں۔ ان عمومی تدبیر کے مقامی تدابیر کے مقابلہ میں زیادہ فائدہ ہوتا ہے لہذا مقامی علاج کے ساتھ ساتھ عمومی علاج مذکورہ بالا اصول پر ضرور کیا جائے۔ جب لیفٹی ندبی ساخت پوری طرح بن جائے اور مخرش علامتیں غائب ہو جائیں تو ہمارے مرض ہے کہ جہاں تک جو سٹے قرنیہ کی سحابی کیفیت کو کم کرنے کی تدبیر کریں۔ کم عمر مریضوں کی سحابی کیفیت بہت کم ہوتی ہے مگر عموماً نتائج امید افزا نہیں ہوتے بعض حالتوں میں مہینوں اور برسوں کے علاج کے بعد کامیابی کا امکان ہوتا ہے۔ سحابی کیفیت کو کم کرنے کے لئے سب سے پہلے نہایت کمزور طاقت والی مخرش دوا کو استعمال کریں۔ اور رفتہ رفتہ اس کی طاقت کو بڑھاتے جائیں۔ ابتدا میں باریک پے ہوئے کیلو مل کو آنکھ میں چھڑکیں۔ اگر مریض اس کو برداشت کرے تو اس کے بعد سیمانی زرد مرہم کا استعمال کریں۔ اس مرہم کی طاقت ہر گرین فی اونس ہونا چاہئے اس مرہم کو توڑی مقدار میں ملتحہ کے اندر رکھ کر اجھان کو بند کر دیں اور پھر اوپر سے آہستہ آہستہ مل کر مقامی طور پر جذب کر کے کوشش کریں۔ اسی طرح دن میں تین مرتبہ اس عمل کو کریں اور انگلی سے ۱۰ منٹ تک بالائی جفن کے ذریعے ملتے رہیں اگر اس مرہم سے کوئی تکلیف نہ پہونچے تو اس کی طاقت کو بڑھاتے بڑھاتے ۴ گرین فی اونس تک لے جائیں اور جب اس قسم کی مخرش دوا کی آنکھ عادی ہو جائے تو دوسری دوا اختیار کریں۔ مثلاً ڈایونین ۵ سے ۱۰ فی صدی مرہم کی صورت میں استعمال کریں یا اس کو سیمانی مرہم کے اندر ملا لیں۔ ڈایونین کے ہستماں کے بعد خصوصاً پہلی بار اس کے ہستماں سے ملتحہ میں بہج پیدا ہو جاتا ہے اور آنکھ میں جلن محسوس ہوتی ہے۔ لہذا مساجک کو بائیں پہلی مرتبہ دوا خود لگائے کیونکہ اس کے نتیجہ سے مریض بعض اوقات گھبرا اٹھتا ہے۔ اس دوا کے اثر سے دوران خون اور مفادی ترشح میں تحریک پیدا ہوتی ہے۔ اسی لئے یہ مفید ثابت ہوتی ہے۔ بہت کمکایت وہ اور نہ غائب ہونے والی حالتوں میں یہی فائدہ ملتحہ کے بیٹے ۲ سے ۱۰ فی صدی نکین سیاں کی تلیق سے حاصل کیا جاتا ہے مگر اس تلیق سے قبل کوکین محلول کو آنکھ میں ڈالنا ضروری ہے زیریں ملتحہ تلیق کے لئے محلول کے اس سے پہلے قطرہ تک کافی ہوتے ہیں اگر مریض کو درد کا زیادہ خیال ہو تو نکین محلول میں ۲ فی صدی کوکین

کا محلول ملا لیا جائے۔

ہمارے تجربے سے کہ ان تعلیقات سے کسی قسم کی تکلیف نہیں ہوتی۔ اگر بعض مہیسی لاپ ہو تو کوئین کما چاہیے ملا لینے میں کوئی توجہ نہیں۔ بچے کوئین کے نہ ہین محلول کا استعمال بھی ممکن ہے۔ قرنیہ کے پڑانے یا کبہن میں فساد نمایاں ہو یا حین میں مکمل شروع ہو جائے ان کو بالکل نہ پچھڑا جائے کیونکہ بعض اوقات ان کے ٹوٹ کر علیحدہ ہونے کے بعد ان کے نیچے بڑے بڑے قرع نمودار ہو جاتے ہیں جس کی وجہ یہ ہے کہ سینی ندبی ساخت کے اندر قوت مدافعت بہت کم ہوتی ہے۔

اگر حد قدیم کے سامنے دبیر کو کبھی سفیدی پانی جائے تو مینائی بالکل خراب ہو جاتی ہے۔ اس کا علاج یہ ہے کہ قرنیہ کے محیط میں شکاف دیکر حد قدیم کو منقاش سے پکڑ کر باہر لے آویں۔ اور اس کا ایک سہ کاٹ دین کہ اس کو کبھی سفیدی کے باہر کی طرف ایک مصنوعی منطری مدد بن جائے جس کے ذریعہ ذر کی شعاعیں بہرے داخل ہو کر شبلیہ کے اوپر گرد و پیش کی اشیا کی شبیہ بنا سکیں۔ اور مینائی درست ہو جائے۔

ترمیم قرنیہ (Keratoplasty) بعض ماہرین کو کبھی سفیدی کی قرص کو قرنیہ سے کاٹ کر علیحدہ کر دیتے ہیں اور اس کی جگہ پر خرگوش کے قرنیہ کا شفاف حصہ لگا دیتے ہیں۔ مگر عموماً اس عمل سے کامیابی نہیں ہوتی کیونکہ قرنیہ کا دوسرا حصہ بہت جلد مردہ (نکروز) ہو کر علیحدہ ہو جاتا ہے۔

کو کبھی سفیدی کو رنگ دینے سے آنکھ کی ظاہری صورت میں فرق ہو جاتا ہے اور بدنامی کم ہو جاتی ہے۔ مگر یہ عمل صرف ان آنکھوں میں کیا جاسکتا ہے جن میں انتہائی کیفیت نہ ہو اور جن میں یعنی ندبی ساخت مضبوط اور ہموار ہو۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ پہلے آنکھ میں کوئین محلول ڈال کر ہندوستانی سیاہی (Indian ink) کو ایسی سوئی کے ذریعہ جس کے اندر ایک طرف نالی سی بنی ہوتی ہے۔ کو کبھی سفیدی کے اندر کود کر بھر دیتے ہیں اس عمل کے لئے آنکھ کو قائم کرنے والی منقاش (Fixation forceps) کے ذریعہ نہیں پکڑنا چاہیے۔ ورنہ ملحقہ کے اندر بھی گرفت کے مقامات پر سیاہی داخل ہو جائے گی۔

مرکب قرع کا علاج۔ ان قرع میں اگر سورج کا خطرہ ہو تو خاص تدابیر اختیار کی جائیں۔ مریض کو فوراً بستر پر لٹا دیا جائے اور اسٹنٹ کی بالکل اجازت نہ دی جائے۔ کوئی قوی مسهل پلائیں۔

ہم بت چکے ہیں کہ سورن ہونے پر قریہ کا تغذیہ بہت ہو جاتا ہے بعض اوقات قدرتی طور پر سوراخ
منے کے بجائے نود بائیک نشست قرہ کے مرکز میں شکاف دکھ سوراخ بنا دیتے ہیں۔

مصنوعی سوراخ بائیز سے نر نہ مقدم کی رطوبت آہستہ آہستہ باہر خائین ہوتی ہے۔ ایسا کرنے سے ہم سوراخ
ہونے کے خطرناک نتائج سے آنکھ کو محفوظ رکھ سکتے ہیں اس مصنوعی شکاف کی اس وقت بھی ضرورت ہوتی ہے جب کہ
آنکھ میں قرہ کی وجہ سے شدید درد ہو۔ اس کا طریقہ جراحی عملیات کے سلسلہ میں ملاحظہ ہو۔

گہرے قریح جو عموماً قریہ کے سوراخ کا باعث ہوتے ہیں ان میں سے مردہ نسجوں کو کھرچ کر نکال
دیں اور قرہ کے فرش کو معقہ سے صاف کریں یا قرہ کی سطح کو بجلی کے گرم تار سے جلادیں۔ اگر گرم کردہ کوا
Cautary) ہتھماں کا بے تویسج و اس قدر جلادیں کہ خزائنہ مقدم کے اندر وہ داخل ہو جائے اور
رطوبت والی خابج ہونے لگے۔ قریہ کا تغذیہ درست ہونے سے اندہاں بعد ہو جائے گا۔ مگر یہ عمل صرف خاص حالتوں
میں کرنا مناسب ہے۔

بعض ماہرین ایسا بھی کرتے ہیں کہ قرہ کے فرش کو کھرچ کر اس پر طحہ کی ایک تہہ لگا دیتے ہیں اس عمل کے دو
طریقے ہیں جنہوں نے جراحی عمل کے سلسلہ میں بیان کریں گے۔

اگر قریہ میں سوراخ ہو گیا ہو تو اس کے علاج کا انحصار سوراخ کے مقام اور حجم پر ہوتا ہے۔ اگر یہ سوراخ
چھوٹا ہو یا حد قدیمین کے سامنے واقع ہو تو اس کے اندر سے طبقہ غنہ باہر نہیں نکلتا۔ ایسی حالت میں مرض کو مکمل
آرام و سکون کی حالت میں رکھا جائے۔ آنکھ میں ایروپین ڈالیں اور مضبوط پٹی آنکھ پر باندھ دی جائے۔ زور کے
ساتھ سامنے باہر خابج کرنے۔ چسپکنے اور کھانسنے کو منع کر دیں۔ اگر چسپیک آنے والی ہو تو بالائی لب کے درمیانی حصہ
کو ناک کے نیچے زور سے دبائیں چسپیک رک جائے گی لیکن جب چھوٹا سا سوراخ غنہ کے اوپر واقع ہو تو غنہ کی
کی مقدم سطح قریہ کی موخر سطح سے متعلق ہو جاتی ہے اور زور سر نو خزائنہ مقدم کی رطوبت کے بھر جانے پر دوبارہ علیحدہ
ہو جاتی ہے۔ مقام سے اپنے اصلی مقام تک دھاگے کی صورت میں کھینچ جاتی ہے۔ اگر غنہ سوراخ کے اندر سے
باہر نہ نکال سکے تو اس کو فوڑا کاٹ دیں۔ ان حالتوں میں غنہ کو آنکھ کے اندر دوبارہ واپس کرنے کی کوشش نہ کریں
یہ غنہ صدمہ کی جراثیم سے ملوث ہوتا ہے اس کو آنکھ کے اندر واپس کرنے پر عدوی آنکھ کے اندر داخل ہو کر لہتا

کل لعین پیدا ہونے کا خطرہ رہتا ہے۔ اور تا جب کل لعین خطرناک مرض بنے اس کی وجہ سے آنکھ اور زنا کی دونوں
 خطرہ میں جوتی رہے۔ باہرنگے ہونے عنبیہ کو کاٹنے کا طریقہ جراحی عملیات کے سلسلہ میں ذکر کیا جائے گا
 قرنیہ کے زخم سے باہر نکلے ہونے طبقہ عنبیہ کو کاٹنا اور اسے ہونسنے کے دس۔ دس بجے تک ٹکڑے کر دینا ہی وقت
 تک قطع عنبیہ کا ممکن ہے۔ جب تک کہ قرنیہ کے ساتھ اس کا سہارا نہ ہو گیا ہو۔ ہندس وقت سے پہلے ہی
 اس عمل کو کر دینا مناسب ہوتا ہے۔ دوسرے سے اس جہ سے بھی اس عمل کو کر دینا چاہئے۔ اگر عنبیہ کا بہت بڑا حصہ
 نکلا ہو گا تو اس صورت میں یہ عمل مناسب نہ ہو گا کیونکہ ایسی حالت میں قرنیہ کے اندر کا سورج اس قدر بڑھ جاتا ہے
 کہ مستقل طور پر اس سورج ہونے کا خطرہ رہتا ہے اور تو ترعین ہمیشہ کے لئے کم ہو کر آنکھ کے صلیب ہو جانے کا بھی
 رہتا ہے۔

نفق قرنیہ (Keratocoele) کا علاج یہ ہے کہ مرض کو سکون دیا جائے اور آنکھ پٹی بٹوپی
 باندھی جائے۔ اگر اس طریقہ سے آرام نہ ہو تو عشاء ڈسٹنسی کے اجارے میں سوراخ کر دیا جائے اور اس کے بعد
 سوراخ دار قرص کا اہول علاج اختیار کیا جائے۔

سور قرنیہ (Corneal fistula) اس کا علاج شروع شروع میں سوراخ دار قرص کے مانند کریں
 اگر اس سے کوئی فائدہ نہ ہو تو اس سور کے کناروں کو بھیجی سے جلادیں مگر اس عمل سے پہلے یہ دیکھ لیں کہ خزانہ مقدم
 کسی حد تک قائم رہا یا نہیں۔ اگر خزانہ مقدم باقی نہ ہو گا تو قرنیہ کی موخر سطح سے لگے ہوئے حدسہ جدیدہ کو گرمی
 کی وجہ سے نقصان پہونچ جائے گا اس عمل کے بعد اس سور کے اوپر پٹہ کا ایک حصہ صلیب سے علیحدہ کر کے نکال
 دیں جس کا طریقہ جراحی عملیات کے سلسلہ میں ذکر کیا گیا ہے۔

عنبیہ القرنیہ (Staphyloma) کا علاج یہ ہے کہ ابتدا میں آنکھ پر مضبوط پٹی باندھی جائے اگر
 سے فائدہ نہ ہو تو آنکھ کے اندر سوراخ کر دیں۔ یا قرنیہ کے ثقافت حصہ میں مصنوعی حد تو عین باندھیں۔
قرص قرنیہ جس کے ساتھ خزانہ مقدم میں ارتشاح صدیدی ہو (Hypopyon-ulcer) اگر
 کسی آنکھ میں کوئی چوٹ ایسی لگے جس کی وجہ سے قرنیہ کی سطح پر خراش پہونچے اور وہاں کے بشری خلیات لگ جویں
 تو اس مقام پر صدیدی جراثیم کے عددی کا ڈر رہتا ہے۔ اور اگر متحرک کے اندر یہ جراثیم موجود ہوں تو ایسی صورتیں

اس مقام پر ان جراثیم کی تعدی یقینی امر ہے۔ اب اگر مقامی قوت مدافعت طبقہ قرنیہ کی کم ہو تو شدید عدوی لاحق ہوتا ہے۔ عدوی کی شدت مقامی قوت مدافعت کی کمی کے علاوہ جراثیم کی تعداد اور ان کی جہتی شدت پر بھی منحصر ہے قرنیہ میں گہ سے قروح پیدا کرنے والے تمام جراثیم میں سے کرویت ذات الریہ سب سے زیادہ خطرناک ہیں طبعی حالت میں یہ کرویت طحمر کے اندر پائے جاتے ہیں مگر سب کیس دمی میں التهاب ہو تو ان کی موجودگی ضرور ہوتی ہے۔ یعنی کیس دمی کا التهاب آنکھ کے لئے ہمیشہ مخدوش و خطرناک ہوتا ہے۔ دوسرے تمام جراثیم کے اعتبار سے کرویت ذات الریہ سے پیدا ہونے والے قروح میں خزانہ مقدم کے اندر ارتش صمدی زیادہ پایا جاتا ہے۔

بعض اوقات قرنیہ پر گر پیدا کرنے والی وہ اشیا جن سے آنکھ کو ضربی صدمہ پہنچتا ہے ان کے ساتھ بھی آنکھ میں جراثیم داخل ہو جاتے ہیں۔ اس تعدی کے معمولی اسباب حسب ذیل ہیں۔

انگلی کے ناخن سے آنکھ میں زخم ہو جانا۔ یا درختوں، پتوں، ٹہنیوں، اناج کے دانوں یا چھوٹے چھوٹے اجسام غریبہ کے ذریعہ آنکھ میں خراش پہنچنا۔ اس کے بعد جب قرص پیدا ہوتا ہے تو اس کی صورت یہ ہوتی ہے کہ تو جراثیم بہت زیادہ شدید سمیت داخلے ہوتے ہیں یا خود قرنیہ کی مقامی قوت مدافعت کم ہوتی ہے۔ اسی دوسری وجہ سے عموماً سن رسیدہ اشخاص یا بہت زیادہ شراب پینے والے اور غریب افراد میں عموماً قروح پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کے علاوہ بھائی، تنہا، تنہا رہنے کے بعد جب جسمانی قوت مدافعت کم ہو جاتی ہے جیسا کہ خسرہ، حمی، قرمز، اور چھپک وغیرہ کے بعد ہوتا ہے تو ایسی صورت میں بھی آنکھ کے اندر قروح پیدا ہو جاتے ہیں۔

ان قروح کی مہلت ماضی کی عمر اور جراثیم کی نوعیت پر منحصر ہوتی ہے جو ان مہلتوں میں ۱۰ سے ۲۰ فیصدی کے اندر قروح کا سبب رویت ذات الریہ ہوتے ہیں۔ ان جراثیم سے پیدا ہونے والے قروح کی شکل مخصوص ہوتی ہے اس کو ہم قرصہ مایہ کہتے ہیں۔ کیونکہ یہ قرصہ قرنیہ کی سطح پر سانپ کی لہ کے مانند پھیلتا ہے اس کی مخصوص شکل ہوتی ہے اور یہ قرنیہ کے مرکز میں خاکسری زردی، زل قرح کی صورت میں پایا جاتا ہے۔ اس میں سحابی کیفیت مرکز کے مقابلہ کناروں پر نہ سے رنگ کی ہوتی ہے اور جس طرف یہ قرصہ بڑھ رہا ہو اس طرف خصوصیت کے ساتھ نمایاں ہو ا کرتی ہے۔ قرح کے بیابظن خاکی رنگ کا رقبہ ہوتا ہے جس میں باریک باریک لکیریں دکھائی دیتی ہیں۔ اسی کے ساتھ طبقہ قرنیہ کسی قدر غیر شفاف ہو جاتا ہے اور اس کی چمک غائب ہو جاتی ہے جبکہ رنگ

کندلا ہوتا ہے۔ وجہ بت مانی بھی سندی ہوتی ہے اور اس کے اندر صدیری ارتش ان بعض وقت بہت زیادہ ہوتا ہے۔
 بہت لمبی قدر متاثر ہوتی ہیں۔ یعنی درہانی آفتان پیدا جاتا ہے۔ آندہ میں کبھی کم اور کبھی زیادہ چونڈ لگتی ہے
 اور اس میں درہا ہوتا ہے۔ قرصہ پنے کنروں کی طرف اور کہانی میں ہوتا رہتا ہے۔ جس طرف کی لہجوں میں زیادہ
 ارتش ہو اس طرف زردی، لیل بدل نظر آتا ہے۔ انہی مردہ ہو کر ذریعہ سے علحدہ ہو جاتے ہیں اور قرصہ میں ترقی
 جاتی رہتی ہے۔ یہ بھی ممکن ہے۔ اسی وقت میں دوسری طرف سے زنی بنی ساخت بن رہی ہو۔ مگر ایسے قرصہ کی حالت
 نگین میں متغیر ہوتی رہتی ہے۔ اگر اس کو اپنی طبعی حالت پر چھوڑ دیا جائے تو خزانہ مقدم میں ارتش صدیری زیادہ
 ہوتا رہتا ہے جس کے اندر لین کا جال بن کر سخت ہو جاتا ہے۔ قرصہ کے اندر سوراخ ہو جاتا ہے۔ اس سوراخ کے
 بڑھنے سے طبقہ غلبہ باہر کو نکل آتا ہے۔ اسی طرح سے بعض اوقات پورا طبقہ ذریعہ تباہ ہو جاتا ہے اور صرف حصہ
 باقی رہ جاتا ہے جس کو کٹا ہے پر ہادی عروق تغذیہ پہنچاتے ہیں۔ کبھی تمام آنکھیں مٹا پید ہو جاتا ہے اور آنکھ
 ضائع ہو جاتی ہے۔ دوسری حالتوں میں جب کہ غلبہ باہر کو نکل آتا ہے تو اس مقام پر یعنی ندی ساخت کا بڑا
 اور دبیز حصہ شعاع نور کے گزرنے میں مانع ہوتا ہے جس کی وجہ سے آنکھ کی بنیاد جاتی رہتی ہے۔ اور اس لہجہ بنی
 ساخت کے اندر غلبہ نہیں کر رہ جاتا ہے اس کے بعد آنکھ کی سامنے کی سطح سطح ہو جاتی ہے۔ یا باہر کی طرف قرنیہ
 کے طبعی اہار سے بہت زیادہ ابھری ہوتی ہے۔

بعض اوقات قرنیہ میں سوراخ ہونے کے قبل غلبہ کی موخر سطح عدسہ جلدیہ کی مقدم سطح سے ملحق ہوتی ہے
 یہ الصاق کلی، اور جزئی دونوں ہو سکتا ہے۔ جب کلی الصاق ہوتا ہے تو ایک دائرہ کی صورت میں پایا جاتا ہے
 حدت میں کے اندر لمفاوی ترشح منجمد ہو جاتا ہے اور یعنی ساخت میں تبدیل ہو کر بنیادی کو ضائع کر دیتا ہے۔
 کبھی بچوں میں بھی قروح پیدا ہوتے ہیں مگر ان میں ان قروح کی نوعیت قرصہ ساعیہ کی نہیں ہوتی یعنی حالت
 میں قرصہ کہانی میں زیادہ پھیلتا ہے اور قرنیہ میں جلد سوراخ ہو جاتا ہے۔ شدت کے لحاظ سے یہ قروح نسبتاً کم شدید
 ہوتے ہیں جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ اس کے جراثیم زیادہ شدیدیت والے نہیں ہوتے۔

بعض حالتوں میں ایسے قروح ساعیہ جو کم خطرناک سمجھتے ہیں۔ اور جن کے ساتھ خزانہ مقدم میں ارتش صدیری

پایا جاتا ہے ان کا سبب "عصارہ مورکس" آکسن نیڈ (Diplo Lacillus of morax) ہوتے ہیں۔ پیٹیت (Petit)

کے حصہ اندویہ سے بھی یہ قرن پیدا ہو جاتا ہے۔ بتدارا بتدار میں قرنیہ کے مرکز میں ایک خاکستری ارتشاح نظر آتا ہے جو بعد میں قرص کی صورت اختیار کر لیتا ہے۔ اور اس کے اوپر خاکستری جھلی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس جھلی میں خاکستری رنگ کی باریک باریک لکیں ہوتی ہیں۔ یہ قرص چاروں طرف پھیلتا ہے مگر رویت ذات الریہ کی وجہ سے پیدا ہونے والے قرص کی طرح گہرائی میں زیادہ نہیں بڑھتا۔ ان قرص کے جراثیمی اسباب کی تشریح و تفریق صرف جراثیمی معائنہ سے ممکن ہے۔

تشریح مرضی۔ قرص سادہ کا سبب کرویات ذات الریہ ہوتے ہیں۔ خواہ یہ اکیلے ہوں یا دوسرے جراثیم بھی ان کے ساتھ عدوی میں مشارک ہوں۔ مگر قرص کی خصوصی علامات صرف کرویات ذات الریہ کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں۔ غیر مخصوص قرص سادہ کے اندر بعض اوقات۔ کرویات عقدیہ صدیدیہ عنقودیہ صدیدیہ و سوزاکی وغیرہ مختلف قسم کے جراثیم پائے جاتے ہیں۔ ایک خفیف قسم کا قرص عصبی زوجی کی وجہ سے بھی پایا جاتا ہے جس کا ذکر پہلے آچکا ہے۔

سادیہ قرص کی سطح شروع میں گہری ہوتی ہے اور اس پر مردہ ساختیں موجود ہوتی ہیں۔ قرص کے چاروں طرف اور نیچے قنوی پر توں کے درمیان کربات بنیالہ النواۃ کثیر تعداد میں مجتمع ہوتے ہیں۔ قرص کی ترقی کی صورت میں اس رقبہ میں صدیدی ارتشاح زیادہ پایا جاتا ہے جو ہلکی اور زرد رنگ کا ہوتا ہے۔ بقیہ حصص میں قرص کے کنارے صاف ہوتے ہیں اور ان پر بعض اوقات بشری نلیات بڑھ کر استر کر دیتے ہیں۔ عام طور پر غشاء رڈسمی کے راسنے قس کے فرش کے مقابلہ میں صدیدی ارتشاح زیادہ ہوتا ہے مگر درمیانی پرت طبعی حالت میں ہوتے ہیں یہی وجہ ہے کہ اس قرص میں قرنیہ کے اندر سوراخ بہت جلد ہو جاتا ہے۔ کیونکہ الہابی کیفیت قرنیہ کے دونوں طرف موجود ہوتی ہے۔ نژادہ مقدم کے صدیدی ارتشاح میں کربات بنیالہ النواۃ بکثرت پائے جاتے ہیں اور یہ سب پنہ عقل کی وجہ سے نیچے کے زاویہ میں جٹو جاتے ہیں۔ بعد میں جب اس ارتشاح میں مینی جال بنتا ہے تو اس کے اندر یہ کربات چپٹیں کر رہ جاتے ہیں۔ یہ ہم نے پہلے ہی بتا دیا ہے کہ یہ کربات بنیالہ عنیدیہ اور زوائد ہبیہ سے اس مقام پر حاصل ہوتے ہیں۔

علاج۔ اس قسم کے تمام قرن کا علاج جہاں تک ہونے کے جلد شروع کیا جائے اور نہایت توجہ کے ساتھ دراز

علاج کیا جائے۔ سب سے پہلے قرص کے فرش اور کناروں کو مکواتہ کہانی سے جلا دیں۔ مکواتہ کہانی ہی اس قصد کے لئے ہتھمال کی جاسکتی ہے۔ اگر مکواتہ کے بجائے کاربولک، ایڈیا یوڈین سے جلا جائے تو زیادہ بہتر ہے ان دونوں دواؤں کا اثر کاوی اور جراثیم کش ہوتا ہے اگر کاربولک ایڈ کسی قدر تیز رفتاری سے قرص پر بھی لگ جائے تو کوئی حرج نہیں۔ حالانکہ وہ مقامات فوراً سفید ہو جاتے ہیں مگر بغیر کسی قسم کے نقصان کے بعد ہی اپنی صحت پر آجاتے ہیں۔ اس امر کی احتیاط رہے کہ ملتحہ پر کاربولک ایڈ ہرگز نہ لگنے پائے۔ ملتحہ پر ٹپک جائے گا تو شدید قسم کا التهاب ملتحہ پیدا ہوگا۔ جس کی وجہ سے ملتحہ صلی اور ملتحہ جفی آپس میں ملحق ہو جائیں گے۔

قرص قرصیہ پر کاربولک، ایڈ لگانے کا طریقہ۔

مرض کو تھادیں یا پت لٹا دیں۔ اس کے بعد آنکھ میں نو بیسین محلول کا ایک قطرہ ڈالیں۔ اس سے قرص رنگین اور اس کی حدود واضح ہو جائیں گی۔ کوکین محلول کے ذریعہ آنکھ میں مکمل تخدیر پیدا کی جائے۔ رجن مرض کے پیچھے یا لیٹے ہوئے مرض کے سرانے کھڑا ہو۔ بائیں ہاتھ سے اجفان کو کھول کر مقدمین کا معائنہ کرے۔ ورمی Spatula کے ذریعہ قرص کو کھرج کر صاف کرے پھر جاذب کی نوک کے ذریعہ قرص اور اس کے گرد قرص کو خشک کرے۔ ایک لکڑی کی سلائی جس کا سر نوک دار ہو اس کو کاربولک ایڈ میں بھگو لیں مگر یہ خیال ہے کہ سلائی کی نوک پر ایڈ کا کوئی قطرہ نہ لگا نہ ہو اگر ہو تو اس کو جھٹک کر گرا دیں۔ اس کے بعد اس سلائی کی نوک کو قرص کے مقام پر لگا دیں۔ اگر سلائی کی نوک پر ایڈ کی مقدار کافی ہو تو قرص کا رنگ سفید ہو جاتا ہے جس طرف قرص بڑھ رہا ہو اس طرف خصوصیت کے ساتھ ایڈ لگایا جائے۔ یعنی اس مقام پر خاص طور پر لگا دیں جہاں پر زرد رنگ کا ہلال نظر آتا ہو۔ قرص کو دو یا تین مرتبہ کاربولک ایڈ سے جلانے کی ضرورت ہوتی ہے۔ مگر ہر مرتبہ اس عمل کے بعد ایک روز کا وقفہ ضروری ہے۔

اگر مذکورہ علاج کے ساتھ ہلکے جراثیم کش محلول سے آنکھ کو دھوئے۔ ایڈ وین کا ڈالنے کی عیادت کرنا بے سود ثابت ہو تو پھر مکواتہ مدیہ سے قرص کو جلائیں۔ بعض ماہرین کا خیال ہے کہ قرص کو گرم مکواتہ سے یا گرم ہوا سے ضرورت پر بچانا ضروری ہے۔ اس میں کوئی شک نہیں ہے کہ یہ علاج بعض اوقات مفید ثابت ہوتا ہے۔ اگر یہ تمام تدبیریں ناکام ثابت ہوں تو خصوصیت کے ساتھ اس حالت میں جب کہ تو ترچین طبعی حالت سے بڑھ کر

قوی علاج بنتی کیا۔ بس جس میں سے سب سے زیادہ ضروری اور اہم قرنیہ کے اندر سوراخ کرنا ہوا اس کا طریقہ جراحی عمیات کے سلسلہ میں بیان کیا گیا ہے۔ ہر زیش کا آپریشن بھی مفید ثابت ہوتا ہے۔ اس کا طریقہ جراحی عمیات کے سلسلہ میں تحریر ہے۔

اس عمل جراحی سے قرنیہ کا تغذیہ بہتر ہو جاتا ہے اور صدیدی ارتشاح مابج ہو جاتا ہے مگر ایسے کے میں طریقہ علاج کی سفارش خفیف عدوی۔ یا شدید حالتوں کے ابتدائی مارج میں نہیں کی جاتی۔ بلکہ حسب تدریس کام ثابت ہوتا ہے اس سے استفادہ کرنا چاہئے۔ آنکھ کو دھونے کے لئے پر کلورائیڈ محلول کے بجائے ہائڈروجن پکسائیڈ استعمال کریں۔ آپٹوچین (Optochin) اور ایٹھائل ہائیڈروکسی پرن (Ethyl hydrocuprem) کے تعلق خیل ہے کہ یہ کرویات ذات الریہ پر نوعی اثر رکھتی ہے۔ ان کا انیسیدی محلول میں متعدد بار پیکار چاہئے۔ غصا زہوجی سے پیدا ہونے والے قروح اگر موجود ہوں تو ان کا علاج جت کے نام سے کیا جائے۔ اس کے لئے ہر دو گھنٹہ کے بعد پٹ سے لے کر انیسیدی طاقت تک کا محلول استعمال کر سکتے ہیں۔ ذیل کام ہم آنکھ میں لگائیں۔

زنک سلف اکتھیل دیزین
اگرین گرین اوش

شدید قروح وغیرہ کے علاج میں نتائج حوصلہ شکن برآمد ہوتے ہیں جس کی وجہ یہ ہو کہ ان قروح کا علاج جت دیر میں شروع کیا جاتا ہے۔ تجربات کے لئے اگر مصنوعی طور پر کرویات ذات الریہ سے قروح قرنیہ پیدا کئے جائیں تو ان کے علاج میں فادہ مین کرویات ذات الریہ کی تلیق و ریدی کامیاب ثابت ہوتی ہے۔ لیکن شرط یہ ہے کہ علاج جت شروع کر دیا جائے۔ یہی ہوں علاج انسانوں کے لئے بھی اختیار کیا گیا ہے مگر کامیابی نہیں ثابت ہوئی۔ کائناتی ایسا وجہ تو یہ ہے کہ طرف توجہ ہو اور دوسری یہ کہ دوران علاج میں اسٹرز زرق المارپیہ ہو جاتا ہے جس سے آنکھ کے ضائع ہونے کا زبردست خطرہ رہتا ہے۔ چونکہ یہ قروح سن رسیدہ اشخاص میں پیدا ہوتے ہیں اور ان کے لئے زیادہ تر طبی حالت سے میت واکہ سے ہوتے ہیں۔ لہذا ایسی آنکھوں کے اندر قروح کی عدم موجودگی اس امر میں مچھلیں کا استعمال زرق المار کے خوف سے قطعاً مناسب نہیں۔ اور اگر قروح موجود ہوں اور ان کے ساتھ

غنبیہ کا التهاب خزانہ مقدم میں صدیدی ارتشاح بھی پایا جائے تو ایہ وہیں کے ہستمال سے زرقی ام کا خطہ اور بھی بڑھ جاتا ہے۔

یہ بڑی مشکل ہے کہ ایک طرف تو قرنیہ کے قعر سے کے علانج میں یہ ٹوٹتا ہے ایک ضروری چیز ہے۔ اور دوسری طرف اس کے ہستمال سے زرقی ام پیدا ہونے کا خطہ ہے لہذا معالج کے لئے عجیب کشمکش پیش آتی ہے۔ تاہم چونکہ ایروپین کے ہستمال سے غنبیہ کو آرام پہنچتا ہے۔ التهابی حالت اور صدیدی ارتشاح میں ملتی ہو جاتی ہے۔ اس لئے ہماری رائے ہے کہ ایروپین کا ہستمال ایسے حالات میں ضروری ہے۔ مگر ایسی حالت میں ایہ وہیں کے ہستمال کے ساتھ تو ترعین کا خیال رکھیں۔ اگر وہ بڑھنے لگے تو اس کے معنی یہ ہیں کہ قرنیہ کی حالت اور خراب ہو جائے گی کیونکہ تو ترعین کے بڑھنے سے لمبائی دوران کے علاوہ۔ خود قرنیہ کی قوت مدافعت بھی نسبتاً کم ہو جائے گی۔ لہذا تو ترعین کے بڑھ جانے پر زرخیش کا آپریشن کریں۔ ورنہ قرنیہ کی حالت بہت زبرد خراب ہو جائے گی۔ اگر کس بھی میں تمدد (Mucocele) موجود ہو تو کس بھی کو جلد از جلد کاٹ کر ایک کر دینا چاہیے۔

قرحی التهاب قرنیہ غالباً یہ التهاب قرصہ عیہ کی قسم کا ایک بلکا التهاب ہے جس میں کبھی خزانہ مقدم کے اندر خفیف صدیدی ارتشاح کے علاوہ مرکزی خاکسری قرصہ نام کیفیت بھی ہوتی ہے جو قرنیہ کی غلی نیچوں کے درمیان پر توں میں التهاب کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ یہ قرصہ چاروں طرف سے صاف ہوتی ہے اور اس کے محیط حصہ میں گول لکیریں دکھائی دیتی ہیں۔ اس قسم کا التهاب قرنیہ عام نہیں۔ جوانوں میں ملتا ہے اور عموماً ایک آنکھ میں ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ متوسط درجہ کی خراش پائی جاتی ہے جو کئی ہفتہ اور کبھی سینے تک قائم رہتی ہے اور بالآخر غائب ہونے پر مستقل سفیدی قرنیہ میں چھوڑ جاتی ہے چونکہ اس کا مقام مرکزی ہوتا ہے اس وجہ سے آنکھ کی بینائی بہت خراب ہو جاتی ہے۔ یہ خود متفرح نہیں مگر التهاب قرنیہ کی وجہ سے اس کے بشری اثر میں تفرق اتصال ہو جانے کی وجہ سے قرصہ پیدا ہو جاتا ہے۔ کیونکہ اسی راستے سے جراثیم اندر داخل ہو جاتے ہیں۔ اس مرض میں کوئی علاج مفید نہیں۔

قرحہ عیہ فطری Mycotic hypopyon ulcer یہ قرصہ اجسام فطریہ کے عدوی سے پیدا ہوتا ہے بہت کم پایا جاتا ہے۔ اس پر خشک مادہ نسجیں متی ہیں اور

س کے چاروں طرف زرد رنگ کی صدف صس ہوتی ہے۔ جو گہری ہو کر نالی کی صورت اختیار کر لیتی ہے۔ اس میں خزانہ قدم کے اندر صدیدی رتشارت نہیں ہوتا۔

علاقہ قرصہ ناحیہ کے مذکورہ اصول علاج پر مبنی ہے

یہ ہم پیسے ہی بتا چکے ہیں کہ ملتحمہ کے بشری التهاب میں ایکٹ کئی ثبوریہ قرنیہ کے پاس پائے جاتے ہیں اور یہ بھی ممکن ہے کہ یہ بشرہ خود قرنیہ کی سطح

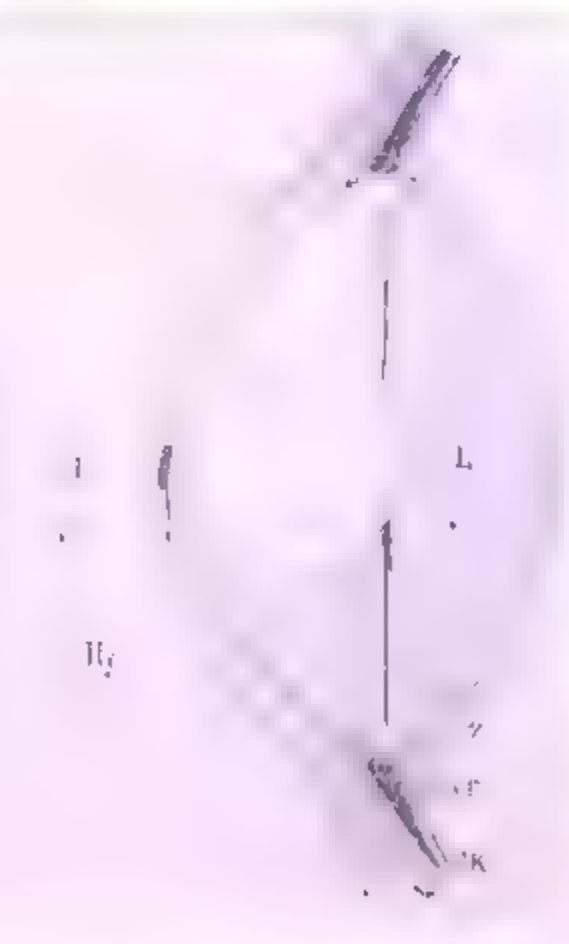
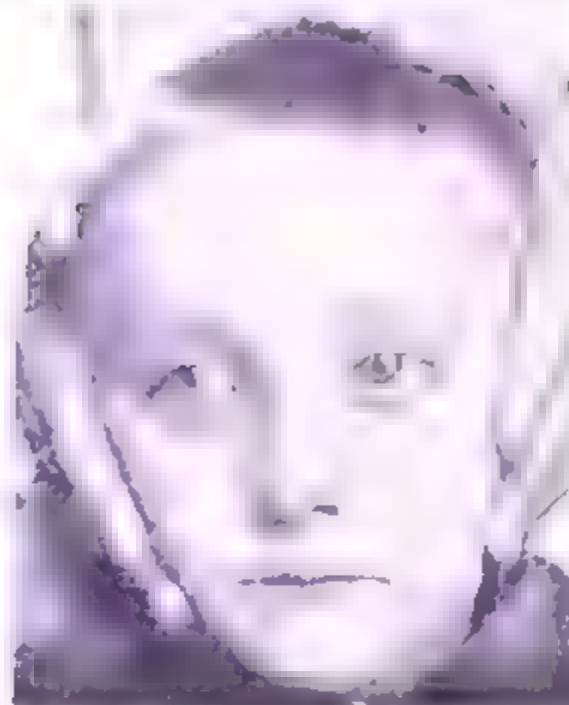
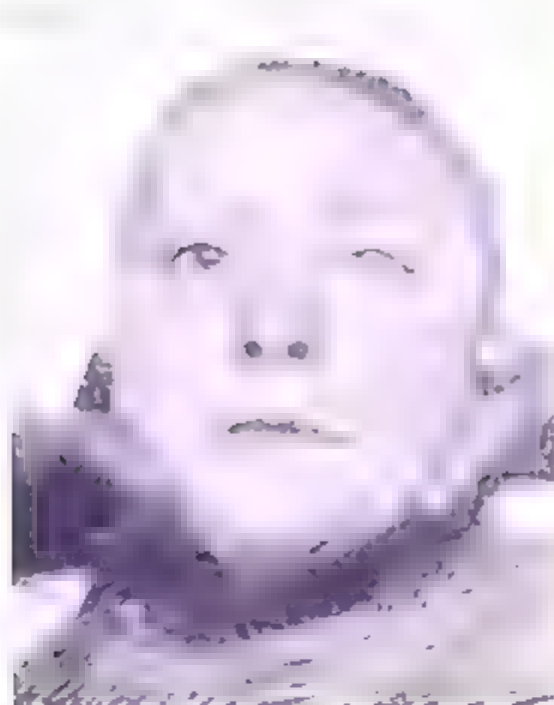
بشری التهاب قرنیہ

Phlyctenular keratitis

ا پر نمودار ہو۔ چونکہ قرنیہ کی مقدم سطح کا استر ملقمہ ہی کا ایک حصہ ہے لہذا قرنیہ پر ثبوریہ کانہ ہونا تو فی تعجب کی بات نہیں ہے اور قرنیہ پر ہونے کی وجہ سے اگر اس کا نام التهاب قرنیہ رکھا جائے تو کچھ نامناسب نہ ہوگا۔ ورنہ حقیقت یہ ہے کہ مرض جو اس التهاب میں یہ ضروری نہیں کہ قرصہ بھی ہو۔ اسی وجہ سے جن ماہرین نے اس کو صدیدی التهاب قرنیہ کہا ہے وہ غلطی پر ہیں۔ اس مرض کے قرنیہ عوارض کا علاج قرصہ قرنیہ کے علاج کے طریقہ پر کرنا چاہئے۔ قرنیہ ثبوریہ مقامی ارتشارت کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں ان کے ساتھ آنکھ میں درد، انکاسی طور پر رغبی انقباض اور پوند پائی جاتی ہے یہ حالت صبح کے وقت زیادہ تکلیف دہ ہوتی ہے۔ ثبوریہ اوقات بشری غلاف کے صناع ہوسے بغیر بھی غائب ہو جاتے ہیں۔ اسی وجہ سے مستقل طور پر قرنیہ میں سببی کیفیت پیدا نہیں ہوتی۔ مگر عموماً بشری غلیات کے صناع ہونے کا بہت خطرہ رہتا ہے۔ ان غلیات بشری کے صناع ہونے پر روایت حنفویہ کی تعدی ہو جاتی ہے اور یہ ثبوریہ چھوٹے چھوٹے سلی قرنیہ میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ قرنیہ ثبوریہ خاکسری رنگ کے عقد ہیں جو قرنیہ کی سطح سے کسی قدر ابھرے ہوئے پائے جاتے ہیں۔ ان کے سلی غلیات صناع ہو جائیں تو قرصہ کی صورت پیدا ہو جاتی ہے جس کی سطح پر کراتیت، صیف، کثیرۃ السواۃ کی تہ ہوتی ہے۔ قرصہ کی وجہ کی حالت کا انحصار غدوی کی نوعیت اور جسمانی قوت مدافعت پر ہے بعض اوقات اندر کی طاف بہت تیزی سے ساتھ بڑھتا ہے جس سے آنکھ کے اندر سوراخ پیدا ہو سکتا ہے۔ مگر حالت عام طور پر نہیں پائی جاتی۔

اس قرصہ کی ایک خاص صورت متی ہو جس کو ہم Fascicular ulcer (یعنی قرصہ مخرمہ کہتے ہیں۔ میخسوم قسم) قرصہ ہوتا ہے جو قرنیہ کے مرکز کی طاف بہت آہستہ آہستہ بڑھتا ہے اور میخسوم تک یہی حالت باقی رہتی ہے۔ اس کے

- (۱) ہاتھوں انکڑ کا کوکب قرنوی •
 - (۲) دہلی حال - عسکری طرز پر اس کو سیاہ کودیلے کے بعد دکھائی
دئی ہے •
 - (۳) بوجہ سامنے کی مہرقات کھسبات دکھائی گئی ہیں (II)
- صدیدی انشاہیں سطح — (۱۰) فوجہ کی مندرجہ شدہ سطح
(۱۱) دہلی کی سطح — (I عدسہ ۱/۱) دہلی معلق عدسہ
(۱۲) دہلی عدسہ (۱۱) جسم عدسہ (K L) صاف
(۱۳) معلقہ •



نرینہ۔ وقت ہوتے ہیں ہر قرنہ کے بڑھنے کے ساتھ لگے کو بڑھنے ہیں اور قرصہ عموماً قرنہ کے سر سے شروع ہو کر اس سے مرکزی طرف بڑھتا ہے اور باہر کی طرف سے مندل ہوتا جاتا ہے۔ اندر کی طرف اس کا مرکزی حصہ نکلتا ہے اور تشاحی حالت میں جاتا ہے اور جب تک یہ حالت قائم رہے قرصہ ترقی پذیر رہتا ہے یہ قرصہ ہمیشہ سطحی ہوتا ہے اس میں قرصہ کے اندر سوراخ نہیں پیدا ہوتا۔ جب یہ مندل ہو جاتا ہے تو عروق خائب ہو جاتے ہیں اور قرصہ کے متام پر سفیدی مستقل باقی رہ جاتی ہے۔ جہاں پر قرصہ ختم ہوتا ہے وہاں پر یہ سفیدی سب سے زیادہ کمائی جاتی ہے۔

قرصہ بشری کی شدید صورتوں میں اس کے پاروں طرف کی گہری نشیجوں میں ارتشاحی حالت پائی جاتی ہے اور اس خاکستری رقبے میں بہت سے باریک باریک دانے نشان ملتے ہیں۔ کبھی یہ گہرائی ارتشاح بالکل غائب جاتا ہے اور کبھی اس کی نشیجیں تلف ہو جاتی ہیں اور ایک قرصہ نمودار ہو جاتا ہے۔

بعض اوقات قرنہ کے کنارے پر بہت زیادہ تعداد میں ثبور پائے جاتے ہیں اور سب کے سب ملکر آنکھ کے گرد ایک گول قرصی علاقہ بناتے ہیں۔ اگر یہ علاقہ قرصہ کی صورت اختیار کرے تو نہایت خطرناک ہوتا ہے کیونکہ اس کی وجہ سے تمام قرنہ کا تغذیہ خراب ہو جاتا ہے۔ بالآخر تمام طبقہ قرنہ مردہ ہو جاتا ہے اور سوراخ دار ایک بڑا قرص پیدا ہو جاتا ہے۔ عموماً قرنہ کے محیطی حصے میں ارتشاحی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے اور اس کے اندر سطحی عروق پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس حالت کو ہم بشری سل قرنہ (Phlyctenular pannus) کہتے ہیں۔ سل قرنہ (Eczematousus) یا سل خنذیری (Scrophulousus) بھی اس کا نام رکھا جاتا ہے۔

سل قرنہ جیسی کے برعکس یہ قرنہ کے اوپر کے حصے میں نہیں ہوتا اور نہ اس کے عروق زیادہ ہوتے ہیں مندل ہونے پر قرنہ بالکل تندرست ہو جاتا ہے۔ اس کے ساتھ شدید انقباض جینی بھی پایا جاتا ہے

علاج۔ بشری التهاب قرنہ کا علاج جب تک قرصہ نہ پیدا ہو اس وقت تک بالکل وہی ہے جو بشری التهاب متحرک کا۔ مگر جب قرصہ پیدا ہو جائے تو آنکھ میں ایٹروپن ڈالنا چاہئے اس کے علاوہ زرد سیلابی مرہم کو استعمال کیا جائے۔ اگر یہ مرہم خراش پیدا کرے یا قرصہ گہرا ہو تو اس کے بجائے ایٹروپن کا مرہم استعمال کریں۔ زرد سیلابی مرہم خصوصیت کے ساتھ قرصہ مخمر کے لئے مفید ہے مگر اس کے استعمال سے قرصہ کی ترقی نہیں رکھ سکتی۔ لہذا ترقی کو روکنے کے لئے خاص کاربولک ایڈیاوسے کی مکوات کو سرج کر کے اس قرصہ کو جلادیا جائے۔ خاص کاربولک ایڈ

سے وزن میں ضایع ہوتے۔ لہذا جب عروق کا ضائع کرنا مقصود ہو تو کوآۃ کو استعمال کریں۔ اگر قرصہ قرنیہ کے مرکز تک چوپنچ پچی ہو تو اس کو بڑھنے دیا جائے تاکہ دوسری طرف چوپنچ کر کے مرکز سے علاحدہ ختم ہو کیونکہ مرکز پر اس کے ختم ہونے سے سفیدی بہت گہری باقی رہے گی لہذا مرکزی مقام پر اس کا ختم ہونا مناسب نہیں۔

حلقہ دار قروح کے علاج میں گرم تمکد کی جائے۔ ایٹر وین ڈالی جائے اور دباؤ والی تپتی بھی آنکھ پر بندھی جائے۔ اگر بثری التهاب قرنیہ کے بعد گہرے قروح نمایاں ہو جائیں یا ان کے اچھا ہونے پر سفیدی قائم رہ جائے تو اس کا علاج عمومی اصول کے ماتحت کیا جائے۔ بثری التهاب ملتحمہ و قرنیہ میں آنکھ کی بنیائی پر بہت برا اثر پڑتا ہے۔ یہ مرض عموماً قوت مدافعت کے انخفا کی وجہ سے لاحق ہوتا ہے۔ اس لئے حفظاً ما تقدم کے طور پر مناسب علاج کے ذریعہ کمزور مریضوں میں اس کے ظہور کو روک سکتے ہیں۔ جب یہ پیدا ہو جائے تو مریض کی غذا اور عام صحت کا خیال رکھا جائے۔ شفا خانوں میں مختلف امراض کے بعد کمزور بچوں کی خاص طور پر نگہداشت کی جائے ان کو عمدہ اور زود مضجع غذا دی جائے تاکہ اس مرض کے حملے سے وہ محفوظ رہ سکیں۔

محیطی قروح

Marginal ulcer

بثری حلقہ دار قروح کے علاوہ سن رسیدہ اشخاص خصوصاً جو لوگ فقرس میں مبتلا ہوں ان کی آنکھ میں قرنیہ کے محیطی حصے میں قروح پیدا ہو جاتے ہیں یہ قرحے گہرائی میں کم ہوتے ہیں ان میں خفیف درجہ کا رشح پایا جاتا ہے لہذا میں عموماً ایک سے زیادہ ہوتے ہیں۔ ان کا باعث عصارہ روکیں آکسن فیلڈ ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ بہت جلد مندمل ہو کر دوبارہ نمودار ہوتے ہیں۔ اور مدت تک یہی سلسلہ جاری رہتا ہے جس کی وجہ سے مریض کی صحت بہت خراب ہو جاتی ہے۔ کبھی ان قروح میں عروق پیدا ہو جاتے ہیں جو بہت دنوں تک قائم رہتے ہیں زیادہ شدید حالت میں قرنیہ کے چاروں طرف یہ قرصہ پیدا ہو کر قرنیہ کے اندر کا باعث ہوتا ہے اور قرنیہ کے چاروں طرف مزمن قرصہ ساعیہ کی صورت میں پایا جاتا ہے۔ ان قروح کے ساتھ عصبی درد مشارکت کرتا ہے۔

علاج۔ عصوی قروح کا علاج نکایات جہت سے کرنا چاہئے۔

نشہ۔ زنگ سلف ۱/۲ سے ۳/۴ گریں تک { زنگ روشن تیار کیا جائے۔
آب مطہر ۱۔ اونس

زنگ وشن آنکھ میں دو دو تین تین قطرے تین مرتبہ روزانہ ڈالا جائے۔

سن رسیدہ اشخاص میں بار بار نوٹنے والے قرن کا علاج یہ ہے کہ اجفان کو پلٹ کر یک فیصدی سسٹک محلول لگایا جائے۔ اس سے بہت جلد قروح مندل ہو جاتے ہیں۔ روزانہ تین گھنٹے کے بعد آنکھ کو بورک محلول سے دھوئیں اس کے علاوہ نقرس کا علاج بھی ضرور کیا جائے۔ ایسا رینست مندل کے بعد ان قروح کا بہتر علاج نہیں ہوتا۔ نقرس کے مریضوں کی غذا میں تغیر ضروری ہے تازہ ہوا والی فصلیں بودوباش کی تاکید کی جائے سبب یہ زنگ کی عینک استعمال کریں۔ اگر یہ علاج ناکام ہو اور قروح کے اندر عروق پیدا ہو جائیں تو ان کو بھاریاں بنائیں۔ ایسی حالتوں میں بعض اوقات ایسیرین کا استعمال بھی مفید ہوتا ہے۔ اگر قرعہ کہ ہو مندل نہ ہوتا ہو تو آنکھ کے اندر سوراخ کر دیا جائے تاکہ قرنیہ کا تغذیہ بہتر ہو جائے اور قرعہ کے اندال میں مدد ملے۔ جسمانی طاقت کو قوت دینے کے لئے مناسب غذائیں اور دوائیں استعمال کی جائیں

قروح مرکزی Central ulcer
جن بچوں کا تغذیہ خراب ہوتا ہے کبھی ن کی دونوں آنکھوں میں متاثر قروح پیدا ہو جاتے ہیں اور ان کا ظہور مرکزی مقام پر ہوتا ہے۔ غالباً اس کی وجہ یہ ہے کہ مرکز قرنیہ چاروں طرف کے غذا پہنچانے والے عروق سے دور ہوتا ہے۔ یہ قروح سطحی ہوتے ہیں یہ بھی تشاح ان میں بہت کم ہوتا ہے اور عروق ان کے اندر بالکل نہیں پے جاتے ان کے نمودار ہونے سے کم گہرے گوں گڑھے بن جاتے ہیں جن کا قطر دو ملی میٹر ہوتا ہے۔ ان قروح کی حالت میں انوکھا سی طور پر آنکھ میں کسی رد عمل کا ظہور نہیں ہوتا۔ یعنی چونکہ نہیں لگتی اور نہ پانی جتا ہے۔ قرعہ کی یہ خصوصیت ہوتی ہے کہ نہ تو گہرائی میں بڑھتا ہے اور نہ سطح پر اور نہ مندل ہونے میں آتا ہے۔ لیکن جب مندل ہوتا ہے تو طبقہ قرنیہ شفاف رہتا ہے مگر سطح ہو جاتا ہے قروح بڑی قروح سے بالکل مشابہت نہیں رکھتے۔ مگر بعض مریضوں میں ان کا سبب بھی بٹری قروح کے مانند تغذیہ کی خرابی ہے بعض اوقات مدھی میں بھی یہ قروح پائے جاتے ہیں کبھی قرنیہ کے مرکزی مقام کے علاوہ دوسرے مقام پر بھی ملتے ہیں۔ ان کی وجہ سے قرنیہ میں سوراخ ہو سکتا ہے۔ اگر ایسا ہو تو اس سوراخ سے باہر نکلا ہوا غشیہ نکھائی دیتا ہے۔ اور چونکہ قرنیہ میں سوراخ بہت بڑا ہوتا ہے اس لئے ایسی حالت میں غشیہ کو کاٹنا نہیں چاہیے۔

علاج۔ مریض کی عمومی صحت کو بہتر بنانے کی تدبیریں اختیار کی جائیں۔ آنکھ میں ایروپن کا محلول

ہیں اور پورے تین سے انہوں نے اگر مدد بھی موجود ہو تو اس کا مناسب علاج کریں۔

بیماری قرنیه القرنيه | یہ مرض عموماً زندگی کے پہلے سال میں اور ان بچوں میں پایا جاتا ہے جن کو غذا

نامناسب یا ناکافی ملتی ہو۔ اس میں ملتو خشک ہو جاتا ہے اور اس کے اندر خافی نقطے

Keratomalacia

ظاہر ہو جاتے ہیں۔ قرنیه کی سطح غیر حساس ہو جاتی ہے اور اس کی چمک جاتی رہتی ہے

اس کے بعد ہی بی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے اور زرد رنگ کا ارتشاح پایا جاتا ہے۔ آخر کار تمام قرنیه مدہ زکرت

ہو جاتا ہے۔ یہ تک کچھ لکھنوں میں بالکل غائب ہو سکتا ہے۔ مگر اس تمام عمل میں خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ انتہائی

نور بالکل نہیں پیدا ہوتے۔ جب بچے کی عمر زیادہ ہو تو بعض حالتوں میں قرنیه کے اندر مذکورہ کیفیت رونما

کرتے ہوئے ہوتی ہے۔ اسے پہلے دن میں بخوبی دیکھ سکتے ہیں مگر اگلے وقت ان کو نسبتاً کم دکھائی دیتا ہے یہ بچے

اس نہایت کے علاوہ کسی دوسری عادی بیماری میں بھی مبتلا ہوتے ہیں اور عام طور پر اس سے جاں بر نہیں ہوتے بلکہ

موت جاتے ہیں۔ کمزوری اور چھوٹکی وجہ سے ان کی آنکھیں بند نہیں ہوتیں۔ اس وجہ سے بھی قرنیه پر خشکی زیادہ پیدا

ہو جاتی ہے۔ ایک ہی وقت میں عموماً دونوں آنکھیں ماؤں ہوتی ہیں۔ قرنیه میں کرویت عقد یہ تسدید یہ بچے

جاتے ہیں کبھی ہی کرویت ان کے خون میں بھی ملتے ہیں۔ ان کے علاوہ بعض اوقات کرویت ذات الریه

بھی پائے جاتے ہیں۔

ان بچوں کا معائنہ کیا جائے تو ان میں سے اکثر اشکی مرض میں مبتلا ہوتے ہیں۔ تجربہ سے معلوم ہوا ہے

کہ اس مرض کی وجہ یہ ہے کہ ان بچوں کی خوراک میں روغنیات میں حل ہونے والی حیاتین کی کمی ہوتی ہے۔

علاج عمومی صحت کو بہتر بنانے کی کوشش کی جائے۔ مریض کا ماحول صاف اور حفظان صحت کے اصول

سے مطابقت رکھتا ہے۔ پھل کاتیل کھلائیں یا بسم پالش کے ذریعہ ہتھال کرایا جائے۔ اور طبعی طاقت والا کھان

یاں ذریعہ تیج کے ذریعہ جسم میں چھپائیں۔ اجفان پر گرم بورک محلول کا پیڑ رکھ کر ان کو مسند رکھیں بعض

وقاات ایسین کا محلول ہتھال کرنے سے قرنیه کا تغذیہ بہتر ہو جاتا ہے۔

بیماری کی وجہ سے پیدا ہونے والی قرنیه | یہ حالت قرنیه کے پرانے موٹے کو کی سفید قعبہ (Leucoma) کہلاتی ہے

پیدا ہوتی ہے خصوصیت کے ساتھ اس کا ظہور اس وقت ہوتا ہے

Atheromatous cataracts

جب کہ ان رقبوں میں فساد کی تغیرات پیدا ہو جاتی ہیں۔ ان تغیرات کی وجہ سے ان میں تکلیف شہت ہو جاتی ہے۔
 یہ ناجی یعنی ساخت پیدا ہونے لگتی ہے۔ چونکہ یہی غریبی ساختوں میں قوتِ مدافعت بہت کم ہوتی ہے۔
 سٹے موخر الذکر مانتیں مزید اب م کی طرح خراش پیدا کرتی ہیں۔ پھر ان میں جراثیمی تغیرات ہوتی ہیں۔
 ان کی کے ساتھ قرصہ پیدا ہو جاتا ہے۔ سی قند کے قند تیزی کے ساتھ گہرائی میں پھیلتے ہیں۔
 ہو جاتے ہیں۔ بالآخر قرنیہ میں سورج ہو جاتا ہے کبھی التهاب کل نہیں بھی پیدا ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے
 آنکھ نکال دیتے تک نوبت پہنچ جاتی ہے۔

علاج چونکہ آنکھ عموماً بدنما ہو جاتی ہے اور اس کی بنیادی جاتی رہتی ہے اس لئے اس کو نکال دینا
 بہتر ہی نہیں بلکہ اس سے ریش کی تکالیف کا فائدہ ہو جاتا ہے۔ اگر آنکھ کا تحفظ ممکن ہو تو عام اصول کے
 ماتحت علاج کیا جائے۔

التهاب قرنیہ بوجہ عدم انکسار | یہ حالت ان آنکھوں میں پیدا ہوتی ہے جن کی بصری طور پر

بند نہیں ہوتیں۔ آنکھ کے کھلا بننے سے بصری تغیرات خشک ہو جاتی ہیں۔
 Keratitis-Lagophthalmos

ہیں۔ اور قرنیہ کی سطحی ریش میں سبکی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔
 خشک ہو کر سطح سے علحدہ ہو جاتا ہے اور طبقہ قرنیہ جراثیمی حملہ کا شکار ہو جاتا ہے۔

جن امراض میں آنکھ بند نہ ہو۔ کھلی ہے۔ ان میں یہ کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ جیسا کہ شروع میں بیان ہو چکی
 ہے۔ عضلہ ٹریٹا بینی کے استرخا، وغیرہ کی حالت میں ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ انعکاسی طور پر آنکھ نہیں جھپکتی
 اور سوتے وقت بھی مکمل بند نہیں ہوتی۔ شدید بیماریوں میں بھی یہی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔

علاج آنکھ کو بند رکھا جائے۔ معمولی حالات میں آنکھ کو ٹکے طریقہ پر بند رکھنا ہی کافی ہوتا ہے۔ آنکھ
 کو بند رکھنے کے علاوہ اس کے کھلا رہنے کے اسباب کو رفع کیا جائے کبھی دونوں جھنوں کو آنکھ کے بند رکھنے کے
 خیال سے سینا پڑتا ہے۔

التهاب قرنیہ بوجہ استرخا عصبی | یہ حالت عصب جمعی خاص کے استرخا کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے اور جب تک
 عصب جمعی بھی استرخا نہ ہو اس وقت تک اس کے استرخا کا سبب کئی نظام

Neuroparalytic keratitis

عصبی کے اندر میں ہوتا۔ اسی طرح مرکزی نظام عصبی کے باہر اگر استرخا کا کوئی مرضی سبب موجود ہو تو بھی یہ ضروری نہیں کہ صرف اسی ایک عصب کے اندر استرخا لاحق ہو۔ مثلاً اگر عقدہ جامرة العصبیہ کو کاٹ کر الگ کر دیا جائے یا عصب خامس کے اندر پچھری کے ذریعہ الکحل داخل کر دی جائے اور اسی کے ساتھ ساتھ مناسب تدابیر متیار کی جائیں تو بہت کم مریضوں میں التهاب قریبی پیدا ہوتا ہے۔

عصب خامس میں مرض کو باہر مچھڑی (Majendie) کے زمانے سے جانتے ہیں۔ اس وقت اطباء کا خیال تھا کہ عصب کے ذریعہ خاص قسم کی تحریکات سفر کر کے اس حالت کو پیدا کرتی ہیں۔ مگر بعض ماہرین اس خیال کے مخالف تھے وہ کہتے تھے کہ آنکھ کی حس خراب ہونے کی وجہ سے یہ التهاب ذیل کے طریقہ پر پیدا ہوتا ہے۔ جس کے باعث ہو جانے سے انکسائی طور پر آنکھ کا جھپکنا بند ہو جاتا ہے۔ جس کی وجہ سے قریبی پر مختلف عصب اب مہلک رفتار سے جاتے ہیں۔ اور ان عصب اجم کی وجہ سے قریبی میں گرزا اور خراش پیدا ہوتی ہے اور خراش کا کوئی علاج نہیں کیا جاتا کیونکہ اس کا احساس ہی نہیں ہوتا۔ بالآخر ان خراشیدہ مقامات میں جراثیمی تعدی التهاب کا باعث ہوتی ہے۔ مگر مذکورہ نظریہ خاطر خواہ تشفی بخش نہیں ہے کیونکہ ان قروح کی ہیئت ان قروح سے مختلف ہوتی ہے جو قریبی پر بے احتیاطی کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔

یہ ممکن ہے کہ قریبی کے اندر عصب جمعی خامس کی شاخوں کے گرد فساد ہو جائے اور وہ خراش کا باعث بنے ورنہ صرف اعصابی استرخا سے حالت اس وقت تک نہیں پیدا ہو سکتی۔ جب تک کہ کوئی مخرب چیز التهابی مقام پر موجود ہو۔ تجربہ سے یہ ثابت ہو چکا ہے کہ اگر دونوں عصب خامس مسترخ ہو جائیں تو آنکھ کے بند ہونے سے دونوں نکھول میں التهاب قریبی پیدا ہو جاتا ہے مگر ایک عصب خامس کے مسترخ ہونے سے چونکہ دوسری آنکھ کی شرکی حرکات قائم رہتی ہیں اس لئے کسی حد تک اس کا تحفظ ہوتا رہتا ہے۔ ہاں اگر اس کے ساتھ عضلہ محیطی کا استرخا بھی موجود ہو تو یہ حالت بہت جلد نمودار ہو جاتی ہے۔ اسی طرح اس صورت میں جب کہ آنکھ بہت زیادہ باہر کو ابھری ہوئی ہو تو بھی یہ کیفیت جلد پیدا ہوتی ہے۔ قریبی کا التهاب جو وجع عصبی کے علان کے سلسلہ میں پیدا ہوتا ہے۔ دماغ کے اندر سلسلہ کی موجودگی میں بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ اور اورام صمغی تشکی و قاعدۃ الدماغ کے التهاب سمائی کسر جمعی میں بھی پیدا ہو سکتا ہے۔

اس انتہا کی خصوصیت یہ ہے کہ قرنیہ کا بشہ منایع ہو جاتا ہے اور اس کی ٹٹی پاک غائب ہو جاتی ہے۔ پہلے مرکزی مقام سے بشہ الگ ہوتا ہے اس کے بعد قرنیہ کل قرنیہ کی سطح سے غائب ہو جاتا ہے۔ صرف ٹٹے سے مٹتی جھڑیں باقی رہ جاتا ہے اور کبھی چھٹ کے مانند پوچھا جاتا ہے۔ پہلے قرنیہ کی ٹٹیت میں نہانی ٹٹیت یہ ہوتی ہے۔ پھر یہ زرد ہو کر سطح سے الگ ہو جاتی ہے اور اس بعد قرص منوار ہو جاتا ہے۔ اس قرص کے ساتھ قرص مقدمہ میں ارتشاح عمدیدی بھی پایا جاتا ہے۔ چونکہ حسی عصبیں خرابی ہوتی ہے اس وجہ سے آنکھ میں درد نہیں ہوتا۔ ہر بی، احقان موجود ہوتا ہے۔ اگر فوری علاج نہ کیا جائے تو قرنیہ میں بڑا سونڈ پیدا ہو جاتا ہے۔ قرص کے اندر کے بعد قرنیہ کی سطح پر کوئی سفیدی قائم ہو جاتی ہے جس کی وجہ سے بنیائی کا اثر منایع ہو جاتا ہے۔ اس مرض کا اعادہ بار بار ہوتا ہے اور اس کی صورت یہ ہوتی ہے کہ لیفی ندبی ساخت خراب ہو کر الگ ہو جاتی ہے اور قرص منوار ہو کر تکلیف شروع ہو جاتی ہے۔ عقدہ جامرة العصبیہ کو اگر بالکل نکال دیا جائے تو مستر نیہ کی حس واپس نہیں آتی۔

علاج - ابتداء ابتداء میں قرنیہ کے معمولی قروح کے مانند علاج کیا جائے اور آنکھ کے تحفظ کے واسطے پٹی باندھی جائے۔ عموماً بہت جلد فائدہ ہو جاتا ہے اور قرص کی حالت بہتر ہو جاتی ہے مگر پٹی علیحدہ کر دینے سے پھر قرص میں زیادتی شروع ہو جاتی ہے۔ لہذا بہتر ہے کہ اجعان کو آپس میں سی دیا جائے اور اسی حالت میں غرس تک رہنے دیا جائے اور صرف اس وقت ان کو نکھولا جائے جب کہ گرمی اور تیز ہوا وغیرہ زیادہ نہ ہوں۔ اجعان کو سینے کا طریقہ جرمی عملیات کے سلسلہ میں تحریر ہے۔

اس مرض کی شدید حالتوں میں آنکھ بیکار ہو جاتی ہے اور اس میں ہمیشہ تکلیف موجود رہتی ہے۔ لہذا ہر صورت آنکھ کو نکال دینا ہی مناسب ہوتا ہے۔ اور اگر عصب عینی جو عصب جمجی کی شاخ ہے۔ مسترخ ہو جائے تو بغیر تھدیر کے کے آپریشن کیا جاسکتا ہے۔

قرص تشجرہ (Dendritic-ulcer) عقابیل عینی (Herpes ophthalmicus) عقابیل جمی (Herpes febrilis) قروح تشجرہ عقابیل جمی کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان کے پہلے درجہ میں معمولی آبلہ کے مانند حالت بہت کم پائی جاتی ہے۔ کیونکہ بشہ بہت جلد غائب ہو جاتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اس درجہ میں

ہونے پر پہلے رقبہ شے میں جو قریب میں رہ چوہے ہو سے رقبوں کے ساتھ مشابہت رکھتے ہیں۔ اگر معائنہ میں
 ہوئے میں یہ حالت بسا اوقات نظر انداز ہو جاتی ہے۔ ان قریب میں در دہبت زیادہ ہوتا ہے
 آنکھ سے ہوتی ہے اور جھنکی انقباض پایا جاتا ہے۔ قریب چاروں طرف پھیلتے ہیں اور آپس میں ل کر ایک قرص
 بنا دیتے ہیں۔ ان کے کنارے کٹے ہوئے معلوم ہوتے ہیں بعض اوقات اس قرص سے خاکسری لکیریں مختلف طرز
 میں تڑ ہونی دکھائی دیتی ہیں اور ان لکیروں سے شاخیں بھی نکلی ہوئی معلوم ہوتی ہیں جن کے سرے گول
 ہوتے ہیں۔ اس طرح سے ایک شکل پیدا ہو جاتی ہے جو درخت کی شاخوں سے مشابہ ہوتی ہے۔ ارتشاح کے
 ان پیکر کے ساتھ اس کی وجہ سے ضایع ہو جاتی ہے اور اس کے نیچے غرض خراش دار قرص نمودار ہو جاتا ہے۔ اس قرص
 کے ساتھ زائبان میں عصبی درد بھی پایا جاتا ہے۔ یہ قریب علاج کے بعد دو بارہ خود کر سکتے ہیں۔ چونکہ یہ قرص عقابیل کی وجہ سے پیدا
 میں ترقی پذیر نہیں ہوتے۔ ایک مرتبہ اندمال کے بعد دوبارہ خود کر سکتے ہیں۔ چونکہ یہ قرص عقابیل کی وجہ سے پیدا
 ہوتا ہے۔ اس وجہ سے عصب مجبھی یا اس کی شاخوں کے امراض میں پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات طیر بخار
 میں بھی پایا جاتا ہے۔



قرص مشجرہ کا خاکہ

شکل نمبر ۱۱۵

اس قرص کو احتیاط کے ساتھ کاربولک ایسڈ سے جلا دیا جائے۔ بعض مہینوں میں اس کے بدلنے کے واسطے خاص
 الکل تجویز کرتے ہیں۔ مگر اس میں یہ خرابی ہے کہ کوکین کا اثر زائل ہونے کے بعد آنکھ میں شدید درد محسوس ہوتا
 ہے اس سے ہم اس کی سفارش نہیں کرتے۔ اگر کاربولک ایسڈ سے جلائے کے بعد قرص کی ترقی بند نہ ہو تو مکوتہ
 حد یہ ہستمال کی جائے۔ ایڈروپن کا محلول آنکھ میں ڈالا جائے اور پیڈ رکھ کر پٹی باندھ دی جائے بعض حالتوں میں
 صرف دھوئیں کی زکات کی عینک لگا کر دھوئیں کو نکلی ہوئی ہو اور فستائیں رکھن زیادہ مناسب ہوتا ہے۔ اگر ایڈروپن
 سے فائدہ نہ ہو تو ایسٹریلین کا محلول مستمال کرنے سے فائدہ ہو جاتا ہے۔ مگر اس کی صحیح علت غائی معلوم نہیں اس کے

علاوہ عمومی صحت کو بہتر بنانے کی کوشش کی جائے۔ اس کی اس لئے اور بھی ضرورت ہے کہ مریض بہت فائدہ مند رہتا ہو۔

| | | |
|-----------------|---------------------------|---|
| مزمن قرصہ ساجیہ | Chronic serpiginous ulcer | یہ قروح شاذ و نادر ہی ملتے ہیں۔ مگر جب پائے جاتے ہیں |
| " " | Moorens ulcer | تو سن رسیدہ اشخاص میں اور سطحی ہوتے ہیں۔ اگر فوراً |
| " " | Rodent ulcer | ان کا مناسب تدارک نہ کیا جائے تو تمام قرنیہ پھیل جاتے |

ہیں ابتداً ابتداء میں قرنیہ پر دو ایک ٹیکوں پر خاکستری ارتشاح ہوتا ہے جو فساد کی وجہ سے چوٹ جاتا ہے اور اس کے نیچے چھوٹے چھوٹے قروح نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ قروح چاروں طرف پھیل کر ایک دوسرے سے مل جاتے ہیں۔ قرصہ کے بڑھتے ہوئے کناروں پر سطحی بشرہ کے نیچے دور تک کی ساختیں خراب ہو جاتی ہیں۔ اور ان کے اوپر سفیدی مائل کنارہ پیدا ہو جاتا ہے۔ جو چاروں طرف سے قرصہ کے اندر کی طرف کو جھکا ہوا دکھائی دیتا ہے قرحے کے نیچے عروق پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس قرصہ سے قرنیہ میں سورخ تو نہیں ہوتا مگر قرحی حالت مہینوں تک رہتی ہے یہاں تک کہ قرنیہ کی سطح پر ہلکی سفیدی آجاتی ہے اور بنیائی بہت کم ہو جاتی ہے بعض اوقات اس کے ساتھ غنبر کا التهاب بھی پایا جاتا ہے۔ خزانہ مقدم میں صدیدی ارتشاح بہت ہی شاذ و نادر ہوتا ہے اس لئے ۲۴ فی صدی مریضوں میں دونوں آنکھیں ماؤف ہوتی ہیں مگر یہ ضروری نہیں کہ ایک ساتھ ہی ماؤف ہوں۔

علاج۔ قرصہ کے کناروں پر اندر کی طرف کو بڑھا ہوا بشرہ کاٹ دیا جائے۔ اس کے بعد قرصہ کی تمام سطح خصوصاً اس کے کناروں کو اچھی طرح جلادیا جائے۔ بعض ماہرین غاص الکوحل سے متعدد بار جلانا مفید بتاتے ہیں۔ عموماً علاج سے قرصہ کی ترقی نہیں رکتی۔

| | | |
|---|---------------------------|--|
| غیر صدیدی التهاب قرنیہ | Non suppurative keratitis | غیر صدیدی التهاب قرنیہ کی دو قسمیں ہیں۔ ایک سطحی اور دوسری غائر۔ |
| غیر صدیدی التهاب میں ان کا شمار ہوتا ہے۔ غائر قسم میں صدیدی کیفیت کبھی نہیں پیدا ہوتی | Pannus | سطحی قسم میں بل قرنیہ (Pannus) اور عقابیل حمی داخل ہیں |

| | | |
|---|----------------|--|
| عقابیل قرنیہ | Herpes corneae | بعض بچار یا پانچویں عصب کے امراض اس کا باعث ہوتے ہیں عقابیل حمی (Herpes febrilis) میں چھوٹے چھوٹے آبلے نمودار ہوتے |
| ہیں۔ جو باعتبار شکل کے ان آبلوں سے مشابہ ہوتے ہیں جو بچار کی حالت میں ہونٹوں پر ناک کے دونوں طرف کے | | |

کے نختوں نے پٹ پٹ جاتے ہیں۔ عموماً اس حالت میں مرض بخار، مثلاً انفلوانزا، نمونیا، ملیریا، کالی کھانسی وغیرہ میں مبتلا ہوتا ہے۔ ہو سکتا ہے کہ بخار اس قدر خفیف ہو کہ اس طرف مبالغہ کی توجہ مبذول ہی نہ ہونے کو حالتوں کے علاوہ کبھی نمی معوی کی مدافعاتہ طبع کے بعد ہی یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کے آبلے آپسین کے موٹے سرے کے برابر ہوتے ہیں ورقطاروں میں یا جہتد کی صورت میں پائے جاتے ہیں۔ بہت جلد یہ آبلے ٹوٹ کر گڑ کی کیفیت میں تبدیل ہو جاتے ہیں اور جلد ہی مندل ہو جاتے ہیں اور قرنیہ پر کوئی سفیدی بھی نہیں رہتی۔ کبھی یہ حالت بار بار عود کرتی ہے اور مثل سے اچھی ہوتی ہے۔ اس کی شدید حالتوں میں مشجرہ قروح پیدا ہو جاتے ہیں اور خود ان میں بھی ثانوی غدویہ امکان ہے۔ حادثات میں آنکھ کے اندر کھٹک ہوتی ہے پانی نکلتا ہے اور حنفی انقباض پایا جاتا ہے۔ یہ حالت صرف ایک آنکھ میں ملتی ہے اور اس طرف کی آنکھ میں ہوتی ہے جس طرف ناک یا ہونٹ واسے آبلے ہوتے ہیں۔ ان حالتوں میں قرنیہ کی جس طرف اُن مقامات سے غائب ہوتی ہے جہاں پر یہ آبلے نمودار ہوتے ہیں۔ عقابیل قرنیہ کو بعض اوقات غلطی سے بھری الہاب سمجھ لیا جاتا ہے۔ لہذا خیال رہے کہ بھری الہاب بچوں میں پایا جاتا ہے اور عقابیل قرنیہ جوانوں میں یہ عقابیل شفاف ہوتے ہیں اور بزرہ یا ثبور خاکسری ارتحی صورت میں پائے جاتے ہیں۔ آبلوں کے چھوٹنے پر ان میں عروق بالکل نہیں ملتے۔ اس حالت میں بعض لوگ ان کو غلطی سے رگوں سمجھ لیتے ہیں۔ لہذا خیال ہے کہ عقابیل ایک ہی وقت میں بطور جہتد کے ملتے ہیں اور ان کے کنارے کٹے پھٹے ہوتے ہیں۔ خاص کر جب کہ جبکہ عقابیل بالتمل کر ایک ہو جائیں۔ ٹوٹے ہوئے آبلوں کے اوپر کے بھری ٹکڑے کسی حد تک قائم ہوتے ہیں۔ ان کے قبل چوٹ چھٹ وغیرہ کی بھری نہیں ہوتی۔

عقابیل عینی

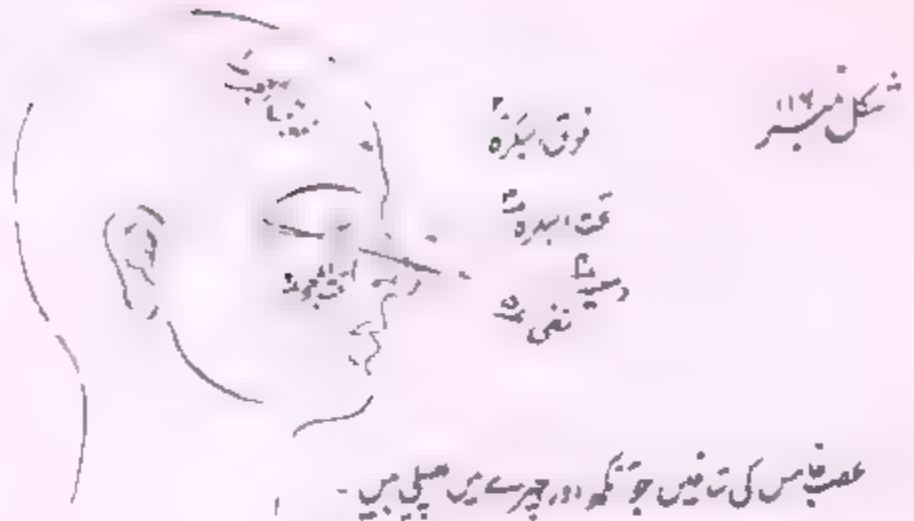
Herpes ophthalmicus

عصب جمعی خامس کی عینی شاخ کے اوپر چھوٹے چھوٹے آبلے قطار کی صورت میں ملتے ہیں۔ ان کے اچھا ہو جانے کے بعد ان مقامات پر نفی ندبی ساخت باقی رہتی ہے اور یہ حالت تو بار

ر (Herpes-zoster) سے مشابہ ہوتی ہے۔ اس حالت میں عصب خامس کی مندرجہ ذیل شاخیں ماؤف ہوتی ہیں۔

(۱) فوق الجحر (۲) فوق و تحت المکرہ -

- ۱- Supra orbital
- ۲- Supra trochlear
- ۳- Infra trochlear
- ۴- Lacrymal
- ۵- Nasal
- ۶- Infra orbital



عام طور پر یہ ہمیشہ ماؤف ہو ا کرتی ہیں۔ نفی شخ بھی عموماً کے ساتھ ماؤف ہوتی ہے۔ مگر تحت الجحر شخ بہت شذوذ اور ماؤف ہوتی ہے۔ یہ حالت دونوں طرف یکساں بہت کم پائی جاتی ہے۔ اس کی ابتدا میں بخار اور جسم سکنڈ ہوتا ہے۔ چھوٹے چھوٹے آبلے نمودار ہونے سے پہلے عصب کے پھیلنے کے مقامات پر شدید عصبی درد ہوتا ہے۔ یہ درد اس امر کی نمایاں دلیل ہوتا ہے کہ ان مقامات پر عقابیل پیدا ہونے والے ہیں ان کے نکل آنے پر بعض اوقات درد بند ہو جاتا ہے اور کبھی نہیں بند ہوتا بلکہ بعد میں بھی عرصہ تک قائم رہتا ہے۔ اجغان اور دوسرے ماؤف مقامات کی جلد سرخ ہو جاتی ہے اور اس پر پہنچ پیدا ہو جاتا ہے اسی لئے اس مرض کو غلطی سے اکھر اسمجھ لیا جاتا ہے۔ مگر ان عقابیل کا نصف چہرہ پر ایک طرف ہونا اور عصبی رفتار کے مطابق ان کا پایا جاتا ان کو اکھر اسے ممتاز کر دیتا ہے۔ ان میں عموماً پیپ نہیں پیدا ہوتی۔ خون بہتا ہے اور بالآخر یعنی ندبی ساخت ان کی جگہ پر بن جاتی ہے یہ درجہ تقریباً ۱۴ ہفتہ تک قائم رہتا ہے اس کے بعد ماؤف مقام کی جگہ کسی قدر جدا ہو جاتی ہے اور جب یہ عقابیل غائب ہو جاتے ہیں تو اس وقت آنکھ کے اندر عوارض رونما ہونے لگتے ہیں۔ اس وقت قرنوی خوردبین سے اگر دیکھا جائے تو گول گول نشانات نظر آتے ہیں جن میں بہت باریک باریک نقطے پائے جاتے ہیں۔ یہ سب ایک دوسرے سے مل کر ایک بے قاعدہ رقبہ بنالیتے ہیں۔ آبلے بہت کم پیدا ہوتے ہیں مگر جب ہوں تو دوسرے عقابیل جی سے مشابہ ہوتے ہیں۔ عموماً قرنہ کی گہرائی ہنول

میں ارتشح پیدا جاتا ہے۔ اور ساتھ ہی اس کے جسم بدلی اور عینی کا التهاب بھی رونما ہوتا ہے۔ عام طور پر ان حالات کے تحت قرنیہ کی حس غائب ہو جاتی ہے۔ ابتداء میں کسی قدر تو تر عین کم ہو جاتا ہے۔ اس حالت کے اچھا ہو جانے کے بعد بھی عرصہ تک عارض چشم باقی رہتے ہیں۔

اس کا معائنہ کیا جائے اور دوسری آنکھ کی قرنیہ کی حس کا مقابلہ کریں۔ بعض مریضوں میں اس کے ساتھ عجیب محوٹ اعصاب کا استرخاء بھی پایا جاتا ہے۔ تیسرے۔ چھٹے اور ساتویں عصب کا استرخاء خصوصیت کے ساتھ ملتا ہے۔ عصب وحشی کے استرخاء کی وجہ سے آنکھ مکمل بند نہیں ہوتی اسی لئے اس کے خشک ہو جانے کا بڑا خطرہ رہتا ہے۔

عقابیل قرنیہ عموماً سن رسیدہ اشخاص میں دیکھے جاتے ہیں۔ مگر ہر عمر میں پیدا ہو سکتے ہیں۔ عام طور پر اس کے مریض اپنے حالات بیان کرتے ہوئے کہتے ہیں کہ وہ اس کے قبل کاذب جدری (Chicken pox) کے مریضوں کے پاس آ جا چکے ہیں۔ تجربہ سے ہم اس نتیجہ پر پہنچتے ہیں کہ اس کا سبب جدری کاذب کا جرثومہ ہے لیکن بعض اہلین کا خیال ہو کہ یہ مرض جرثومہ یا کسی سیتیں یا ایسے متعدی مادہ کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے جس میں ہم کسی قسم کے جراثیم کو دیکھ نہیں سکتے۔

علاج آنکھ کو پٹی کے ذریعہ محفوظ رکھنے کی کوشش کریں اور جب آبلے پھوٹ جائیں تو تمکید کے بعد گرم محلول سے تر کر کے آنکھ پر پٹی باندھ دیں۔ اور آنکھ میں ایٹروپین ڈالتے رہیں۔ آنکھ کے اندر ایٹروپین ڈالنے سے بعض اوقات بہت فائدہ پہنچتا ہے۔ قروح کا مناسب علاج کیا جائے۔ عام جسمانی صحت کا خیال رکھا جائے۔ کونین اور احساس درد کو کم کرنے کے لئے اپمرین وغیرہ دیں۔ عقابیل قرنیہ کے علاوہ جلدی مقامات پر کوکین کا مدیم لگاویں۔ عارضہ حالت میں مریض کو بستر پر آرام کرنے کی تاکید کریں۔

نقطہ دار سطحی التهاب قرنیہ

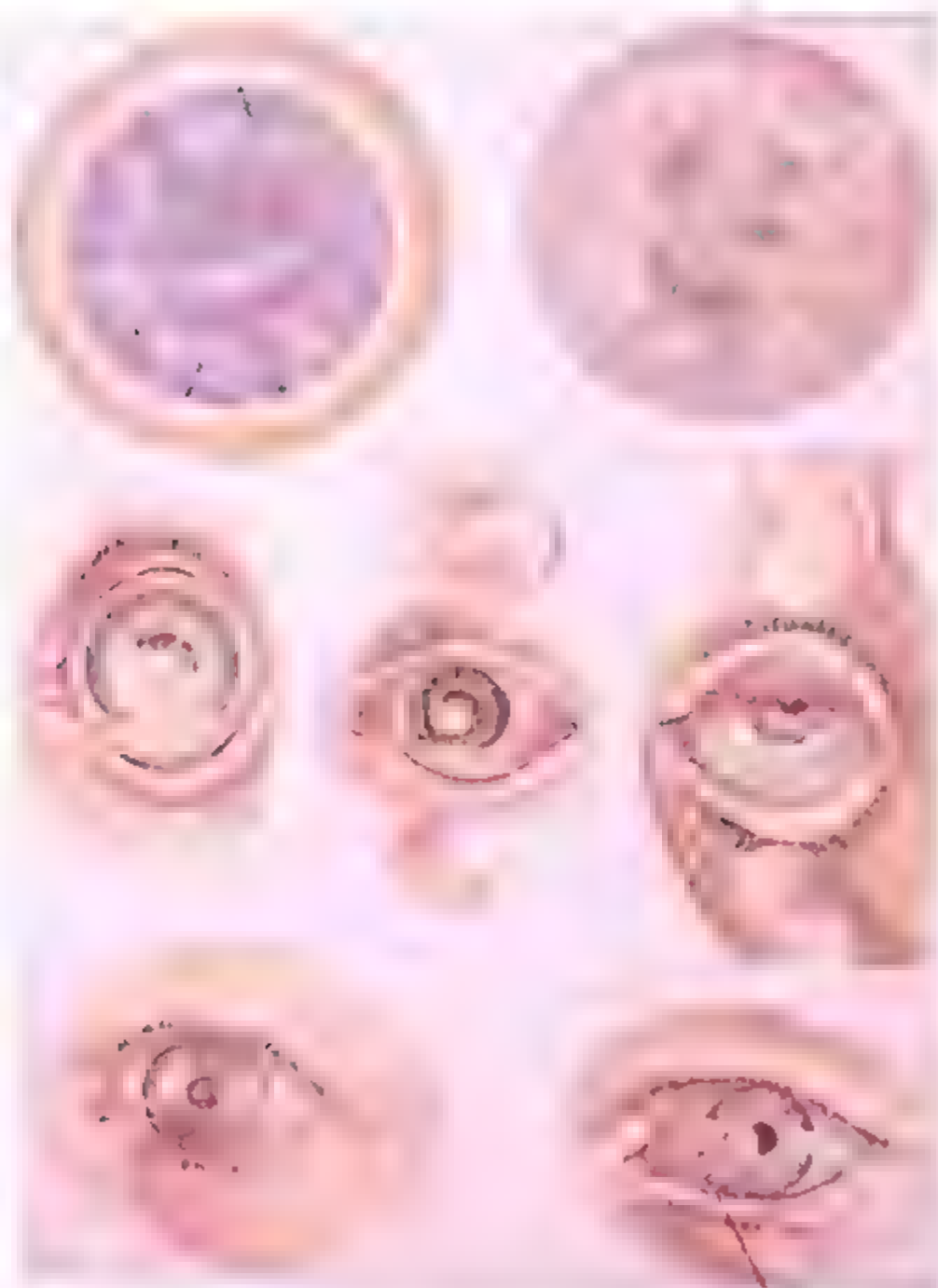
یہ حالت شاذ و نادر پائی جاتی ہے۔ انفلو انزا یا تنفس کی غشاء

مخاطی کے نزلی التهاب میں ملتی ہے۔ اس میں آبلے نہیں پیدا ہوتے

Superficial punctate-keratitis

اس کی ابتداء حاد ملتحی التهاب سے ہوتی ہو۔ ابتدائی حالت میں

ابتدائی درجہ کے گند جانے کے بعد قرنیہ کی سطح اور خاص کر اس کے کناروں کے نزدیک ابھرے ہوئے



- (۱ و ۲) از شکر خلی المقلب قونیه •
- (۳) و مت و بوم •
- (۴) از شکر خلی المقلب قونیه •
- (۵) ناخونه •
- (۶) الهجاب قونیه حرمی

سطحی نقاط مہینوں تک اسی حالت میں رہ سکتے ہیں۔ پھر آہستہ آہستہ غائب ہو جاتے ہیں۔ جوانوں میں یہ مرض کم ہی ایک آنکھ میں اور کبھی دونوں آنکھوں میں لاحق ہوتا ہے۔

علاج۔ اس کا علاج عقابیل قرنیہ کے مطابق کیا جائے۔ اگر کثرت شراب نوشی کی وجہ سے سن بیدہ عورتوں میں چہرے اور ناک کا التهاب رونما ہو تو ایسی حالت میں التهاب قرنیہ پیدا ہو جاتا ہے جس میں خراش نمایاں ہوتی ہے۔ اور آنکھ سے پانی بہت بہتا ہے۔ اس کے علاوہ التهاب متحدہ میں اس کے اندر مٹی جالی ہولی صدیدی رطوبت خارج ہوتی ہے۔ قرنیہ پر خاکستری سفید ارتشاحی رقبے نظر آتے ہیں اور چند قروح بھی نمودار ہوتے ہیں۔ یہ قرح بڑی شکل سے مندل ہو گئے ہیں۔ ان کا اعادہ بار بار ہوتا رہتا ہے۔ شدید حالتوں میں التهاب غنیمہ بھی پایا جاتا ہے۔

اس کا مقامی علاج بثری قروح قرنیہ کی حالت کے مطابق بثری التهاب قرنیہ کے مانند کیا جائے۔ اس کے علاوہ آنکھ میں کیلول استعمال کیا جائے۔ بعض اوقات شعاع فوق البنفسی سے بھی فائدہ پہنچاتا ہے۔ اس کے ساتھ ساتھ جلدی التهاب بھی پایا جاتا ہے لہذا جلدی التهاب کا علاج کرنا چاہئے۔ اگر جلدی التهاب قابو میں آجائے تو قرنیہ کی حالت بھی بہتر ہو جاتی ہے۔

یہ التهاب قرنیہ کی گہری ساختوں میں پیدا ہوتا ہے۔ عموماً ۵ سال ۱۵ سال کی عمر والے وہ بچے اس میں مبتلا ہوتے ہیں جو خلقی آشک کے شکار ہوتے ہیں۔ لڑکیوں میں لڑکوں سے زیادہ یہ مرض پایا جاتا ہے۔

قرنیہ کی نیچ خلی کا التهاب

Interstitial keratitis

اس کی ابتداء میں خفیف خراش کی علامتیں پائی جاتی ہیں۔ ان کے ساتھ ہی ہدبی احتقان دموی بھی ہوتا ہے اور قرنیہ کے اندر التهابی مقامات سجائی رقبوں کی صورت میں ملتے ہیں۔ یہ رقبے قرنیہ کے چاروں طرف کناروں پر یا اس کے مرکز میں ملتے ہیں۔ اگر ان کی ابتدا محیط قرنیہ سے ہو تو بڑھ کر مرکز میں پہنچ جاتے ہیں۔ اور اگر مرکز سے شروع ہوں تو محیط کی طرف پھیلتے ہیں۔ بالآخر متعدد رقبے ایک دوسرے کے ساتھ مل کر تمام قرنیہ کو غیر شفاف بنا دیتے ہیں۔ جس کی وجہ سے قرنیہ کی چمک ضائع ہو جاتی ہے۔ غور کے ساتھ معائنہ کرنے سے معلوم ہوگا کہ یہ سجائی بقعات قرنیہ کے گہرے پر توں میں واقع ہیں۔ اور ان کے اندر گہرے رنگ کے نقاط موجود ہیں۔ ونیز

باریک باریک سفیدی پانی جاتی ہیں۔ دو یا تین ہفتے میں قرنیہ کی ساری سطح سفیدی مائل ہو جاتی ہے اور یہ معدوم ہوتا ہے کہ اس کی سطح پر جاپ ہم لگی ہے جس طرح کہ شیشے پر زست جاپ ڈالنے پر وہ گزرا اور سفیدی مائل ہو جاتا ہے۔ اس سفیدی کے اندر کہیں کہیں گہرے سفید رنگ کے نقشے یا بقعات بھی ہوتے ہیں۔ شدید حالتوں میں تو مہلکہ قرنیہ بہ سفید ہو جاتا ہے۔ جس کی وجہ سے التهاب غنہیہ دیکھائی نہیں دے سکتا۔ مگر عموماً اس سحابی کیفیت کے اندر سبھی دندلے طریقہ پر غنہیہ دکھائی دیتا ہے۔

یہ دوران میں قرنیہ کے اندر دموی عروق پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ عروق گہری ساختوں میں شعاعی طور پر پائے جاتے ہیں اور محیطی بڑے سحابی قبول میں دموی عروق بہت زیادہ ہوتے ہیں۔ چونکہ ان عروق پر سفیدی مائل سحابی قرنیہ کے پرست موجود ہوتے ہیں اس لئے ان کا رنگ بجائے شوح نظر آنے کے گلابی سرخ نظر آتا ہے۔ ان عروق کو انفرامی مورچہ دیکھنے کے لئے بڑی طاقت کا عدسہ استعمال کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ قرنیہ کی سحابی حالت عروق دموی سے پرے تک پائی جاتی ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ اس سفیدی کو دموی عروق اپنے آگے دھکیل کر لے جا رہے ہیں۔ حد حالتوں میں ان عروق کے جھٹھے تقریباً قرنیہ کے مرکز تک پہنچ جاتے ہیں۔ عروق کی پیدائش اس لئے عمل میں آتی ہے کہ موقوف مقامات پر محافظ اجزاء چونچ باریں کیونکہ بغیر ان عروق کے یہ محافظ اجزاء جذب ہو کر قرنیہ تک نہیں پہنچ سکتے۔ سطحی پرتوں میں بھی کسی قدر عروق ملتے ہیں مگر بہت کم ہوتے ہیں اور بعض حالتوں میں زیادہ بھی پائے جاتے ہیں۔ بہ حال تمام قرنیہ پر یہ پیشہ ہوتے نہیں ہوتے بعض اوقات قرنیہ کے میچیا پر متحدہ جابجا قرنیہ سے ابھرا ہوا پایا جاتا ہے جس کی وجہ سے بڑی التهابات مرکز کے ساتھ اس مرض کا تشاہد ہو جاتا ہے۔

یہ ممکن ہے کہ بن مریضوں میں چالت پائی جانے کو آتشک اور ورم خنازیری بھی لاحق ہو۔ یہ مرض انتہائی مدتی ترقی ملے کرنے کے بعد کمی کی طرف مائل ہوتا ہے۔ اس وقت طبقہ قرنیہ محیطی حصہ کی طرف سے صاف ہونا شروع ہو جاتا ہے مگر اس کے مرکزی حصے میں عرصہ تک سحابی کیفیت باقی رہتی ہے۔ پھر جیسے جیسے سحابی کیفیت رفع ہوتی ہے ویسے ویسے عروق بھی معدوم ہوتے جاتے ہیں۔ حالانکہ خون ان کے اندر دور نہیں رہتا یہ بھی غیر شفاف لکیریں ان کی جگہ پر پائی باقی ہیں۔ تنویر مورینی کے ذریعہ ان کا معائنہ کرنا چاہئے اندھیرے

مذہب میں قرآن کا معائنہ ایک ماہ کے ذریعہ یا دو ماہ میں کیا جائے۔ اس کے بعد باقاعدہ مطالعہ کرنا۔ وقت بہ وقت اس سے معائنہ کیا جائے۔ اس کو قرآن کے منظرِ بالین کے ذریعے دیکھنے والی نگاہ کی جگہ پر آنا۔
 روشنی کے مرکز پر سب سے پہلے حدوقین کے تحتی کن سے گواہیں تاکہ صاف دکھائی دے۔ اس کے بعد کوثر بنیاد یا محدب سہ ماہی میں ایک ماہ مرکزی مقام پر قرنیہ صاف دکھائی دینے لگے۔ اس وقت قرنیہ کے مابین زمین پر سیاہی پل بکروں کے مانند نظر میں آئے۔ اگر ان کی ترتیب شعاعی ہو اور ان کی شعاعیں شعاعی طور پر پہلی ہوں تو قرنیہ کی نیچے غلطی کے التہاب کا تھین ہو جاتا ہے۔ ورنہ یہی غلطی کی بجائے حدوقین جب مرض اپنی انتہائی ترقی پر ہوتا ہے تو بنیادی میں ایک ماہ ہو جاتی ہے کہ بعض صفت انجیلیاں نکلتی ہیں۔ یا مصلحت ہاتھ کی حرکت کو محسوس کر سکتا ہے۔ اور جب آخری درجہ تک پہنچنے کے بعد مرض بہت معمولی رہ جاتا ہے تو اس وقت قرنیہ کے اندر کیفیت سیالی کیفیت لئے ہوئے چھوٹے چھوٹے تپتے تپتے جگے ہیں۔ جن میں کہیں دھوی عروق نظر آتے ہیں۔ مگر یہ عروق بہت بدعلاج ہو جاتے ہیں۔ اگر کبھی حشر میں سیالی کیفیت قائم ہے تو یہ سیالی کیفیت صرف دائرے کے بعض بعض حصص تک محدود رہتی ہے۔ جو بھی قرنیہ کی سطح پر قرحہ بھی پڑ جاتا ہے جو ناممکن ہوتا ہے اس کی سطحی کیفیت ان عجائبات کے مانند ہوتی ہے جو کہ اہر کی صورت اختیار کر لیتے ہیں۔ خراب حالتوں میں قرنیہ میں بہت دہارت آ جاتی ہے اور وہ یہی کے مانند ہو جاتا ہے۔ بادی النظر میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ آنکھ کی حالت بہت زیادہ خراب ہے اور انداز کے بعد بنیادی میں کوئی خاص فائدہ نہ ہوگا۔ مگر تجربہ سے ثابت ہوا ہے کہ ایسی حالت میں بھی صحت کے بعد کلیتہً بنیادی ضایع نہیں ہوتی۔
 اصولی طور پر یہ ذہن نشین کر لیں کہ غلطی آنکھ کے غلطی التہاب میں کبھی بھی آنکھ کو جرحی عمل کے ذریعہ نہ نکالا جائے۔ یہ التہاب دونوں آنکھوں میں عموماً یکساں ہوتا ہے۔ یہ ممکن ہے کہ ایک آنکھ پہلے اور دوسری چھوٹے کے بعد ماؤف ہو۔ اور ایسا بھی دیکھا گیا ہے کہ دوسری آنکھ کے ماؤف ہونے میں چند مہینے یا چند سال کا وقفہ لگ گیا ہے۔ مگر یہ صورتیں بہت ہی نادر ہوتی ہیں۔ قرنیہ کے غلطی التہاب کی حالات چھ مہینے اور کبھی کہیں مہینے تک رہتی ہیں۔ اور قرنیہ سے سیالی کیفیت کے دور ہونے۔ عروق کے غائب ہونے میں مہینوں بلکہ مہینوں کا وقت صرف ہو جاتا ہے۔ مگر یاد رہے کہ جب ماہ تک قرنیہ کی حالت درست نہ ہو تو اس کی بہتری کی امید

بہت کم ہو جاتی ہے۔

فصلی التهاب قزنیہ جب ۳۰ یا اس سے زائد عمر کے جوانوں میں رونما ہو تو تو عموماً اُن کی ایک آنکھ میں ہوتا ہے اور شدید صورت اختیار کرتا ہے۔ اکتسابی حالت میں بہت کم پایا جاتا ہے۔ اور اگر پایا جاتا ہے تو صرف ایک آنکھ میں۔ تجربہ سے معلوم ہوا ہے کہ اگر اکتسابی آنشک کے قروح، جفان یا چہرے پر موجود ہوں ورنہ مضمیوں میں اس کے بعد خللی التهاب قزنیہ پیدا ہو تو یہ التهاب اسی طرف کی آنکھ میں پیدا ہوتا ہے جس طرف ابتداً قزنیہ نمودار ہوا تھا۔ ایسے مضمیوں کو خللی التهاب، ابتدائی عوارض کے دو سال کے بعد لاحق ہوتا ہے لیکن یہ خیال ہے کہ اس وقت میں کمی و بیشی بھی ہو سکتی ہے۔

جن عورتوں کو قزنیہ کا خللی التهاب ہو چکا ہو ان کے بچے بہت مرتے ہیں بعض اوقات یہ التهاب آنکھ میں چوٹ لگنے کے بعد بھی پیدا ہو جاتا ہے اس کے علاوہ عمل جراحی یا کسی وتر کو لمبا کرنے کے آپریشن کے بعد اور بعض اوقات بڑی التهاب قزنیہ کے بعد بھی یہ التهابی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ بظاہر چوٹ چپٹا اسباب محاذ میں ہے۔ ورنہ آنشکی مضمیوں میں یہ مرض خلقی طور پر پایا جاتا ہے۔

تشریح مرضی۔ خوردبین سے اگر آنکھ کا معائنہ کیا جائے تو بشری خلیات میں سجابی کیفیت ملتی ہے جس کا سبب پہنچ ہے۔ قزنیہ کی خللی لشیوں کے گہرے پر توں میں غیر شفاف رقبے نظر آتے ہیں اس کے ساتھ ساتھ طبقہ قزنیہ دبیز بھی ہو جاتا ہے۔ غشاء ڈسمٹی میں چینٹیں اور قزنیہ کی موخر سطح پر رسوب ابتداء مرض میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ بعد میں دموی عروق قزنیہ کے گہرے حصص میں نظر آتے ہیں جن کی ترقیب مخصوص ہوتی ہے مندرجہ ہونے پر طبقہ قزنیہ کسی قدر پیدا ہو جاتا ہے۔ جن مضمیوں کے قزنیہ کا تشریحی حیثیت سے معائنہ کیا گیا کہ ان میں قزنیہ کے گہرے پر غشاء ڈسمٹی کے سامنے ماوف پائے گئے ہیں۔

ہم اس کے قبل بتائے ہیں کہ التهاب قزنیہ جو التهاب ملتحمہ کے بعد ثانوی طور پر پیدا ہو۔ وہ سلمی ہوتا ہے اور طریقہ بدنی و عینی کے التهاب کے بعد ثانوی طور پر پیدا ہونے والا التهاب اس کی گہری لشیوں میں رونما ہوتا ہے۔ مثلاً غبنیہ کے درنی عدوسے کے بعد جو التهاب قزنیہ ثانوی طور پر پیدا ہوتا ہے وہ اس کی خللی لشیوں میں ہوا کرتا ہے اور اس کی مہیت و حالت آنشک کے بعد پیدا ہونے والے التهاب خللی کی حالت

بہت زیادہ مشاہدہ ہوتی ہے۔

تشریحی معائنات ہم کو یہ معلوم ہو چکا ہے کہ خلقی تشنگی کی وجہ سے نعلی التهاب قریہ سے ساتھ ساتھ طبعی
ذاتی دھنیاں بھی جو میں تشنگی رونما ہو جاتی ہیں۔ مثلاً ہمیشہ التهاب نعلی کے ساتھ ساتھ التهاب شیمیہ بھی پیدا ہوتا ہے
اس کے علاوہ بعض اوقات ہیم ہڈی میں بھی التهاب پیدا ہو جاتا جس کی وجہ قریہ کی موثر علاج پر متذکرہ
میں مہوب نظر آتے ہیں۔ مذکورہ غورن کے علاوہ التهاب شیمیہ بھی پیدا ہوتا ہے۔ گرتنا رست آنکھ کے ساتھ
میں کو پیدا کرنا رست رست کے ذریعہ اس آنکھ کے طبقہ شبکیہ کو تریک مرسے میں رشتی کے ماتے، کمیں تو بلکہ
شیمیہ کی مقدم سطح کا التهاب پھوٹے پھوٹے مختلف رنگوں کی صورت میں آسانی دہنی دے سکتا ہے مذکورہ
تمام مشاہدات اس امر کے مؤید ہیں کہ خلقی تشنگی کی وجہ سے نعلی التهاب قریہ کو یا ثانوی طور پر التهاب عرقی، یا
دیشی کا نتیجہ ہے۔ مرضی علامات میں بعضی التهاب بقیہ تمام غورن سے شدید ہوتا ہے اسی وجہ سے دیگر غورن کو شدید
کرتا ہے اور ہماری توجہ صرف اسی کی طرف مبذول ہوتی ہے۔ مگر کامیاب مدد کے واسطے ضروری ہے کہ تیس
غورن کا مدد بھی قریہ کی حالت کے علاج کے ساتھ مستعدی سے کیا جائے۔

بعض ماہرین کا خیال ہے کہ ایک آنکھ میں قریہ کا نعلی التهاب ہونے کی وجہ سے ایک قسم کی ذکاوت میں
پیدا ہو جاتی ہے جس کی وجہ سے دوسری آنکھ میں کچھ دنوں کے بعد بیماری شروع ہو جاتی ہے۔

اسباب۔ اس کے قبل ہم بیان کر چکے ہیں کہ نعلی التهاب قریہ درنی عددی کی وجہ سے ثانوی طور پر شروع
ہوتا ہے اور اس کی دوسری وجہ خلقی تشنگی ہے۔ متعدد ماہرین کا یہ خیال ہے کہ مذکورہ التهاب درنی اصل ہے
چونکہ دوسرے امراض چشم سے اس کی تشخیص قاروق کی شدت و رت ہوتی ہے اس سے اس کی علامتوں کو
بالتفصیل بیان کیا جاتا ہے۔

(۱) خلقی تشنگی کے مریضوں کے عظم الجہبہ پر ابھار ہوتے ہیں۔ ان کی ناک چٹنی۔ پھر یہ طبی حالت سے
زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ مریض یا تو بیوقوف ہوتا ہے یا اس کی دماغی حالت طبی معیار سے زیادہ تیز ہوتی ہے
جو دین بھی پایا جاتا ہے۔

(۲) انسان، سچیتنی موجد ہوتے ہیں۔ عارضی دانتوں میں گڑھے پائے جاتے ہیں متبذل دانتوں میں سے صحت

سانسے دو دانت مرکزی قواطع کی حالت کا معائنہ کافی ہے۔ مگر ان کے علاوہ یہ دنی قواطع اور اگلی دانتیں بھی عموماً غیر طبیعی حالت میں ہوتی ہیں۔ دہانی قواطع میں یہ خصوصیت ہوتی ہے کہ دانت کے بیچ کا حصہ پوری طرح نشوونما نہیں پاتا یہی وجہ ہے کہ یہ دانت نچلنے کے کچھ حصہ کے بعد گھس جاتے ہیں اور ان کے بیچ میں ایک گڑبھا پیدا ہو جاتا ہے۔ کرائنٹ کے بیچ اے حصہ کی نشوونما بہت کم ہو تو اس کا کائنات والا سر تپل ہو جاتا ہے۔ حیثیت قدر زیادہ ہو سی قدر دانت کی شبہت ٹھونٹے کے مانند ہو جاتی ہے۔ ان دانتوں کی لمبائی چوڑائی طبعی حالت کے مقابلہ میں کم ہوتی ہے یہی وجہ ہے کہ مرکزی قواطع ایک دوسرے سے زیادہ دور واقع ہوتے ہیں۔ شدید حالتوں میں تمام قواطع ٹھونٹے کے مانند اور بہت چھوٹے ہوتے ہیں۔ یہ تغیرات دونوں طرف یکساں پائے جاتے ہیں۔ مندرجہ ذیل تصاویر میں ایک نٹ شعبی و دوسرا غیر طبعی دکھایا گیا ہے۔



”انسان چینی“

۱۲۔ نڈے کے دونوں طرف بیسی بیسی یعنی ندبی ساخت کی پائی جاتی ہیں۔ جو چینی حالت میں قرن کے اندل کے بعد پیدا ہو جاتی ہیں اس کے علاوہ خشک رنہ اور نڈے کے نڈے دوسرے مقامات پر یعنی ندبی ساخت کی موجودگی اس امر کی دلیل ہو کہ پیدائش سے قبل قرن پیدا ہوئے اور وہ مندل ہو گئے۔

۱۳۔ سمت چہروں کی طرح غیر متماثل غدد مفادی بھی پائے جاتے ہیں یہ غدد گردن کے موخر سمت میں

خصوصیت کے ساتھ ملتے ہیں

(۵) غشاء العظام پر سخت غدہ موجود ہوتے ہیں یہ غدہ قصبہ کبھی پر خصوصیت کے ساتھ پے جلتے ہیں۔
 ان کے علاوہ مرن استہاب غشاء زلالی بھی ملتا ہے۔ خاص کر مفصل رقبہ پر پایا جاتا ہے جو مفصل غشا میں زیادہ ملتا
 ہوتا ہے۔ بچہ کے ولیدین میں بھی تشکی عداات کے، بچنے کی کوشش کی جائے کر شک ہو تو تناسل مرن
 سے کام لیں۔ پہلے ہی ہم ذکر کر چکے ہیں کہ خلی التہاب قریہ کتبہ تشک میں بھی دیکھی جاتا ہے بعض مرن
 نے بیان کیا ہے کہ اس کی وجہ میریا اور دوسری بیماریاں ہیں۔ تجربہ کے سے کتے کے غدہ در قیہ کو نکال دیا
 گیا چنانچہ اس غدہ کے نکالنے کے بعد اس میں یہ التہاب پیدا ہوا۔

علاج۔ عموماً مرن بچین ان امرائے کے علاج میں پارہ وغیرہ کے مریات استعمال کرتے ہیں مگر ہمارا
 خیال ہے کہ اس مرن کے سلسلے میں قریہ کی حالت میں کوئی نایہ فرق پیدا نہیں ہوتا کیونکہ قریہ میں دس تو ہوا
 ہوتے ہی نہیں اور مرن کی وجہ سے پیدا ہوتے بھی ہیں تو بہت ہی کم۔ پارہ کے مریات وغیرہ دینے میں کوئی
 حرج نہیں۔ اس سے مرن کا کسی قدر امتیاز ضرور ہوتا ہے۔ بچوں کو اگر چہ ڈانڈ دینے کی ضرورت ہو تو
 اس کی بہترین ترکیب یہ ہو کہ بوسے کے ایو ڈانڈ کا شیرہ یا شربت تیار کر کے دیا جائے۔ سوربات کے استعمال
 سے اس مرن میں کوئی خاص فائدہ نہیں ہوتا بعض مرنیوں کو غدہ در قیہ کا خد سے مفید ثابت ہوتا ہے جن مرنیوں
 میں درنی مدوی کا شبہ ہون کو مچھلی کا تیل اور مائین وغیرہ کھلانے سے فائدہ ہوتا ہے۔ مذکور علاج کے علاوہ
 غلظان جمت کے عمومی اصولوں کو مد نظر رکھ کر علاج کیا جائے۔

اس مرن کا مقامی علاج نہایت ضروری ہو۔ چونکہ خلی التہاب قریہ کے ساتھ طریق عینی دشمنی کا التہاب بھی
 موجود ہوتا ہے اس لئے ان انسجہ کو بھی محفوظ رکھنے کی کوشش کرنا چاہئے۔ اس مقصد کے لئے بدی سے یوین
 آئینہ میں ڈالی جائے کیونکہ اس سے دو فائدے ہوتے ہیں ایک تو جسم بدی و طبقہ عینیہ کو آرام دیتا ہے اور دوسرے
 یہ کہ عینیہ و جبیدہ کی موخر سطوح آپس میں مقص نہیں ہوتیں۔ بعض حالات میں حد قہ عین کا انبساط بہت مشکل ہوتا ہے
 جس کی وجہ غائبانہ ہے کہ ماؤف قریہ میں سے گذر کر یہ دوا خزانہ مقدم میں بخوبی نہیں پہنچتی۔ اس کی حد واسطوں میں
 تاکید بہت ضروری ہو۔ جن مرنیوں کی آنکھ سے بہت زیادہ پانی بہے اور آنکھ میں شدید نقاب صحت جتنی موجود ہو مدد

ایہ وچن سے ستموں کے باوجود بندھتا رہتا ہوتا، ہون کی کپڑی پر چونک گونے سے فائدہ پہنچتا ہے۔ رشتہ کی کٹھن کو ہٹانے کے لئے دھوئیں کے رنگ کی جینک استعمال کرنا چاہئے۔ بعد کے مرن میں وہ تداویہ اختیار کریں جو مذاہن اورن میں سانی اور نکھ کی ہی بل کیفیت میں کمی پیدا کریں۔ زرد مرہم جو پار سے کے آگے مذہب تیا رکھا جاتا ہے۔ عورت تک استعمال کریں۔ شروع شروع میں یہ دھن کا استعمال بھی اسی طرک کریں یعنی مرہم کے اندر اٹھوئیں کریں۔ اور نکھ کے اندر مرہم لگا کر آہستہ آہستہ اس کو میں تاکہ دونوں دو میں قرنیہ میں جذب ہو جائیں۔

قرنیہ کا التهاب غائر

Keratitis profunda

جب قرنیہ کے وسط میں کھری نیچوں کے اندر انتہائی ترشح پایا جائے اور اس کی کوئی وجہ معلوم نہ ہو تو اس وقت اس حالت کا نام غائر التهاب قرنیہ رکھا جاتا ہے۔ یہ حالت آنکھ میں چوٹ لگنے سے پیدا ہوتی ہے اور

بت بعد جاتی رہتی ہے۔ بعض حالات میں قرنیہ کے مرکزی مقام پر سفیدی ہو جاتی ہے جس کو معائنہ کرنے پر اس میں نقصاندار ایک خطوط نظر آتے ہیں۔ اس میں آنکھ کے اندر نہایت معمولی تکلیف ہوتی ہے۔ قرنیہ میں عروق دھوی نہیں پیدا ہوتے۔ یہ حالت جاتی رہتی ہے مگر کبھی اس کی وجہ سے آنکھ میں مستقل سفیدی باقی رہ جاتی ہے۔ یہ بین کے نزدیک میرین۔ سرخی لگنا یہ سب اس کے اسباب ہیں۔ اس کا مقامی علاج التهاب نطلی کی طرح کرنا چاہئے۔

غائر نطلی التهاب قرنیہ

Keratitis marginal-
profunda

یہ حالت شاذ و نادر سن رسیدہ اشخاص میں پائی جاتی ہے۔ اس کی ابتدا خاکسری زرد ارتشاح سے ہوتی ہے جو ایک یا دو ملی میٹر چوڑا اور طبعاً صلیب سے متصل ہوتا ہے۔ عموماً اوپر کے حصے میں پایا جاتا ہے بعض اوقات قرنیہ

سے گرد ایک حلقہ بنتا ہے۔ اس کی معمولی تکلیف ہفتہ دو ہفتہ میں ختم ہو جاتی ہے۔ مگر اس کے بعد مستقل اور غیر شفاف سفیدی باقی رہ جاتی ہے۔ یہ سفیدی توس شیخوخت سے متی جلتی ہوتی ہے فرق صرف اتنا ہوتا ہے کہ اس حلقہ اور صلیب کے درمیان قرنیہ کا کوئی صاف حصہ نہیں ہوتا۔

قرنیہ کے فساد کی تغیرات

توس شیخوخت Aroux senilis اس کی ابتدا قرنیہ کے بالائی اور زیرین حصہ میں ہلالی صورت سے ہوتی ہے اور بالائی

بن گئے ہیں۔ قرنیه کے متورزی ہوتے ہیں۔ بعد میں دونوں بدن کے سر سے آپس میں مل جاتے ہیں اور قرنیه کے ارد بیلے بن جاتے ہیں۔ باقی ورنیرین حصہ چوڑا ہوتا ہے اس کی خصوصیت یہ ہو کر اس کے درمیان ایک شفاف طرہ قرنیه کا باقی رہتا ہے۔ چارے مقامات پر یہ بیل ٹی ٹیٹ سے مزید چوڑا نہیں ہوتا۔ بینی یا قرنیه کی ٹوٹ جات کے لحاظ سے اس کو کونی ہیٹ حاصل نہیں ہو۔ یعنی ان دونوں چیزوں پر اس کا کونی ٹر نہیں پڑتا بعض بچوں میں جی قوسی حالت پائی جاتی ہے جس کو توس صبریت *Arena juvenilis* کہتے ہیں۔ بہرین کا نیل ہے کہ یہ حالت خلقی ہوتی ہے۔

| | | |
|--|----------------------------|------------------------------|
| یہ حالت سن رسیدہ نوجوانوں میں ملتی ہے جن کی آنکھیں سرشارتی ہیں اور ان میں بینی نہیں ہوتی۔ | Band shaped opacity | قرنیہ کی چوڑی غیر شفاف سفیدی |
| قرنیہ کا غش اور آنکھ کا کھد بننا اس کا سبب ہو۔ یہ سفیدی صرف قرنیه کے تحتہ جین کے حصے میں پائی جاتی | Transverse calcareous film | قرنیہ کا مستعرض کلسی سجیبہ |
| | Zonular opacity — | سجیبہ حزامی |

ہے۔ اس کی ابتدا اندرونی یا بیرونی طرف سے ہوتی ہو۔ اور بڑھتے بڑھتے آنکھ میں ایک طرف سے دوسری طرف قرنیه پر ایک چوڑا سار قبہ بنا دیتی ہے۔ پچھلی حصہ پر قرنیه کا کچھ حصہ شفاف رہتا ہے یہ کیفیت دوسرے فساد کی تین تہیں ہیں دیکھی جاتی ہے۔ جس کی تہ یہ بن کر عروق دمویہ کے نزدیک ہونے سے اس حصہ کا تغذیہ بہتر ہو جاتا ہے۔ سی سے یہ شفاف رہتا ہے۔ سب سے پہلے نسل انہی کے حصوں میں زجاجی فساد پیدا ہوتا ہے۔ اس کے بعد اس حصہ میں چونے کے خرد پیدا ہو جاتے ہیں۔ شاذ و نادر میں بھی یہ مرض لاحق ہوتا ہے۔

علاج۔ مذکورہ شاذو حالت میں اگر سفیدی کو کھرچ کر لگ کر دیا جائے تو مبیائی بہتر ہو جانے کی امید کی جاسکتی ہے۔ عموماً جن آنکھوں میں یہ حالت پیدا ہوتی ہو ان میں مبیائی نہیں ہوتی اسی لئے ان کو نکال دینا ہی مناسب ہوتا ہے۔ آنکھ نکال دینے کے بعد مصنوعی آنکھ لگا لینے سے بد وضعی رفع ہو جاتی ہو۔

قرنیہ کے فساد کی تغیرات | قرنیه کے پڑانے کو کب میں یا مقدم انتفاخ قرنیه میں یہ فسادات پیدا ہو سکتے ہیں اور یہ مختلف قسم کے ہوتے ہیں۔ جن میں سے فساد زجاجی ٹیکس قرنیه اور ان کے

ملاوہ نرمی ساختوں میں تکلیف دہ قروحی خطرات بھی پیدا ہو سکتے ہیں

شیخوخی محلی منمو قرنیہ

میں حالت میں قرنیہ کے محیط پر توس شیخوخت کی جگہ پر نہیں مردہ ہو کر الگ ہو جاتی

ازین اور کڑھا پڑ

Senile marginal atrophy

جاتا ہے۔ من برید

اشخاص میں شذوذ اور یہ صورت پیدا ہوتی ہے کہ بھی

ایک اور کبھی دونوں نکلوں میں یہ کرٹھے پیدا ہوتے

ہیں جو بعد میں پھیل بھی سکتے ہیں۔



شکل نمبر ۱

شیخوخی محلی منمو قرنیہ

قرنیہ کی تمد یا توسع حالاتیں

(Ectatic conditions

تس ازین ہم بتا چکے ہیں کہ قرنیہ کی استہابی کیفیت کی وجہ سے اس میں تمد کی حالتیں پیدا ہو جاتی ہیں جیسا کہ

بروز القرنیہ (Keratectasia) وغیرہ میں ہوتا ہے۔ قرنیہ کی غیر التہابی

توسع حالتیں بہت دو ہوتی ہیں۔ ایک تو کروی انتفاخ القرنیہ، اور اس کا بڑیا

مقدم عنینہ الفتقرنیہ

Anterior staphyloma

انتفاخ Keratoglobus اور دوسری مخروطی انتفاخ القرنیہ Keratoconous

{ تمد بوجہ التهاب (۱) عنینہ القرنیہ (Staphyloma)
(۲) بروز القرنیہ (Keratectasia)

{ تمد بغیر التهاب (۱) مخروطی انتفاخ القرنیہ (Keratoconous)
(۲) کروی انتفاخ القرنیہ (Kerato globous)

عنینہ القرنیہ کی حالت میں اجری ہولی ندبی ساخت پانی جاتی ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ اس کے قبل قرص میں سوراخ
ہو جاتا ہے اور اس کے اندر سے عنینہ باہر کو نکل آتا ہے۔ اس میں خالص ششہ نوری شیخ بالکل نہیں ہوتی بلکہ
صرف عنینہ اور ندبی ساخت پانی جاتی ہے۔ یہ حالت جزو اور کل قرنیہ دونوں میں ہو سکتی ہے۔ جب کل قرنیہ میں یہ حالت

پیدا ہو جائے تو اس کو کلی غبنۃ القرنیہ کہتے ہیں۔ کلی غبنۃ قرنیه میں قرونِ سیح کا ایک حصہ پاروں طرف باقی رہتا ہے اور کبھی اس کے کمرہ صرف نصف رہ جاتا ہے۔ یہ حالت نیز قریبی اور کروی دونوں ہو سکتی ہے۔ وہ ذات اس کی مختلف ہوتی ہے۔ کمرہ عام طور پر اسی قدر پہلی ہوتی ہے کہ اس کی موخر سطح پر غبنیہ کا زمین پرست پگھلا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ غبنۃ القرنیہ کے اندر تمام غبنیہ آجاتا ہے۔ صرف وہ حصہ باقی رہ جاتا ہے جو اس کے محیط میں ہوتا ہے۔ یہ چھٹی قسم قرنیه کے بقیہ حصہ کی موخر سطح سے نکارتا ہے۔ اس نے سی آنکھوں میں خزانہ مقدم بالکل نہیں رہ جاتا۔

جزل غبنۃ قرنیه میں قرنیه کا ایک حصہ موقوف ہوتا ہے۔ ایک طرف یہ قرنیه کے کمرے تک پہنچتا ہے اور دوسری طرف حدّ عین تک۔ مگر کلی غبنۃ القرنیه میں قرنیه کا کوئی حصہ شفاف نہیں باقی رہتا کہ اس کے اندر سے طبقہ غبنیہ دکھائی دے تاہم اس صورت میں بھی قرنیه کے ایک حصہ سے غبنیہ دکھائی دیتا ہے۔ باقی غبنۃ القرنیه محروم ہوتا ہے۔ طبقہ غبنیہ اس کے اندر کھینچ کر آجاتا ہے اسی لئے حدّ عین اس کی طرف کو ہٹا ہوا معلوم ہوتا ہے اور بعض اوقات کسی قدر بند بھی ہو جاتا ہے۔ خزانہ مقدم کی گہرائی مختلف مقامات پر مختلف ہوتی ہے۔

اسباب۔ یہ حالت حقیقتاً ان ذوج کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہے جن میں سوراخ ہو جاتے ہیں۔ اس کے اندر صرف غبنیہ اور ندبی ساختیں ہوتی ہیں۔ قرنیه کی سیج بالکل نہیں ہوتی جیسا کہ ہم پہلے بھی کہ چکے ہیں۔ باہر کی طرف کو ندبی ساخت کا ابھرنا ابتدائی اور ثانوی دونوں طریقوں پر ممکن ہے۔ ابتدائی وہ صورت ہے جب کہ ندبی ساخت بننے کے بعد کسی فوری اثر سے باہر کو نکل آوے۔ جیسا کہ کھانسنے یا زور لگانے یا تو ترعین کے یکایک بڑھ جانے کی وجہ سے ہو کرتا ہے اور ثانوی صورت وہ ہوتی ہے جب کہ یہ کیفیت کچھ عرصہ کے بعد پیدا ہو خواہ اس کی وجہ تو ترعین کی زیادتی ہو یا ندبی ساخت کی اس قدر کمزوری کہ تو ترعین کو برداشت نہ کر سکے۔

نتائج (۱) اس کی وجہ سے بنیائی میں ہمیشہ کمی آجاتی ہے۔ حدّ عین کے مقام اور حدّ کے سامنے کے قروی حصہ کی شفافیت پر بنیائی کا دار و مدار ہے۔ جزئی حالت میں بنیائی پر کم اثر پڑتا ہے۔ اپنی حالتوں میں بھی جب حدّ عین کا ایک حصہ بالکل شفاف قرنیه کے پیچھے ہوتا ہے تو بنیائی بالکل صاف نہیں ہوتی۔ کیونکہ ندبی ساخت کے نزدیک قرنیه کے انحصار میں تغیر ہو جاتا ہے جس کا اثر کسی قدر قرنیه پر پڑتا ہے۔

(۲) رگڑ کی وجہ سے التهابِ ملتحمہ پیدا ہو جاتا ہے۔

۳۵) بر سے اور زیادہ بھرے ہوئے غبنۃ القرنیہ میں آنکھ کا مکمل طور پر بند ہونا مشکل ہوتا ہے اور اس کی چوٹی کے مکمل زائعات کی وجہ سے یہ موت پیدا ہو جاتی ہے یا قرع منودار ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات تو اس سے انجان میں قدرتی رہتی ہیں کہ برائی تو اجنبی پیدا ہو جاتا ہے۔

نقون میں جراثیمی تبدیلی ہو جاتی ہے جس کی وجہ سے التهاب۔ قونیہ کے اندر سوراخ یا التهاب کل لعین پیدا ہونا ممکن ہو جاتا ہے۔

۳۶) عموماً غبنۃ القرنیہ کی حالت میں تو ترعین بڑھ جاتا ہے جس کی وجہ سے درد پیدا ہو جاتا ہے یا اس کی دیوار چپٹ جاتی ہے۔ اگر غبنۃ القرنیہ چوٹ جائے تو اس کی وجہ سے آنکھ کے اندر نرف الدم لاحق ہوتا ہے اس کے علاوہ جسم بدلی و غبنۃ کا التهاب بھی شروع ہو جاتا ہے اور التهاب کل لعین بھی پیدا ہو سکتا ہے جس کے بعد آنکھ سکر جاتی ہے۔

علاج اس کا علاج ایمیان بخش نہیں قونیہ کے قروح جن میں سوراخ پیدا ہوا ان میں یہ کوشش کرنا چاہیے کہ ان کی ندبی ساخت چھٹی ہو اس مقصد کے لئے اس وقت تک دباو دالی پٹی باندھیں جب تک کہ ندبی ساخت بن کر سخت نہ ہو جائے اور اگر اس حالت میں ہو سکے تو غبنۃ کا ایک حصہ کاٹ کر نکال دیا جائے کیونکہ ایسا کرنے سے ندبی ساخت کے زیادہ مضبوط ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ اگر غبنۃ القرنیہ پیدا ہو جائے یعنی اپنی ابتدائی حالت میں ہو تو اس کا علاج جزیئی اور کلی غبنۃ القرنیہ کی صورت میں مختلف ہوگا۔ اگر کلی غبنۃ القرنیہ پیدا ہوا ہے تو مبنیائی تو زیادہ درست نہیں ہو سکتی مگر یہ برہمنی نفع ہو سکتی ہو۔ اس کے واسطے مندرجہ ذیل جراحی عمل اختیار کیا جائے۔

(۱) غبنۃ القرنیہ میں شکاف دیا جائے مگر اس شکاف کا مطلع نظر صرف اتنا ہوگا کہ اس سے غبنۃ کا ابھار نیچے پڑ جائے اور اس کے بعد ندبی ساخت چھٹی پیدا ہو۔ شکاف موتیا بند کے آپریشن والے نشتر سے دیتے ہیں۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ مرکز میں نشتر کو داخل کر کے دونوں طرف کے کناروں تک غبنۃ القرنیہ میں شکاف دیں۔ شکاف کے بعد عمدہ پیدیر آنکھ میں ہو تو اس کو نکال دیں۔ کیونکہ اس کے نکال دینے سے ندبی ساخت عمدہ اور مضبوط ہو جاتی ہے۔

(۲) غبنۃ القرنیہ کو کاٹ دیا جائے اس کی صورت یہ ہو کہ اوپر کے حصہ میں موتیا بند کے آپریشن والے نشتر سے شکاف لگے کر اس کو زیادہ کر کے در نیچے حصہ کو چاروں طرف سے قینچی کے ذریعہ کاٹ کر الگ کر دیں۔ اس کے بعد عمدہ

جلیبہ۔ نو نکالیں۔ اور زخم کو مندل ہونے میں تاخیر یعنی ندبی ساخت مضبوط بن جائے۔ نشہ زخم کو دونوں طرف سے تانے لگا کر بند کر دیں اور اس پر مٹھر کو اکٹھا کر کے تانکے لگا دیں۔

(۳) آخری صورت یہ ہو کہ آنکھ کے اندر سے تمام ساختوں کو نکالیں۔

آنکھ کی ساختیں نکال دینے کے بعد دوسری آنکھ میں شرکی التہاب کے پید ہونے کا درز بہا ہے۔ رانکھ میں خراش زیادہ ہو۔ دریں میں درد بھی ہوتا ہو تو آنکھ کو نکال دینا زیادہ مناسب ہے۔ مصنوعی آنکھ کے سکانے سے بد وضعی دور ہو جاتی ہو۔

جزئی جنبۃ القرنیہ میں مندرجہ ذیل تدابیر سے کام لیں۔

(۱) شکاف سے کر دباؤ والی پتی باندھیں۔ ایڑ وین ڈاسٹے میں یہاں تک کہ مضبوط ندبی ساخت بنا رہے۔ ہو جائے اور باہر کی طرف اس کا ابھار رک جائے

(۲) شکاف دے کر دونوں طرف کی دیواروں کو آپس میں ملا کر ٹانڈ لگا دیں۔

(۳) جنبیہ کا ایک حصہ کاٹ دیں۔ ایسا کرنے سے تو ترعین کا بڑھنا رک جاتا ہے مگر جب خزانہ مقدم غائب ہو تو اس کا کوئی خاص فائدہ نہیں ہوتا۔

بعض ماہرین جنبۃ القرنیہ میں تو ترعین کو کم کرنے کے واسطے ماہر الیٹ کے عمل جراحی سے کام لیتے ہیں۔ اس میں جنبیہ کے محیطی حصہ پر جہاں یہ صبریہ سے ملتا ہے وہاں پر قرنیہ اور صلیبیہ نصف قرنیہ اور نصف صلیبیہ دونوں پر سوراخ بناتے ہیں۔ اور اس کے اندر سے جنبیہ کا تھوڑا حصہ نکال کر کاٹ دیتے ہیں۔ بالکل یہی عمل زرق الدریں بھی برائے کار لایا جاتا ہے۔

بروز القرنیہ

Keratectasia

اس حالت میں استہاب قرنیہ کے بعد طبقہ قرنیہ باہر کو ابھرتا ہے۔ جنبۃ القرنیہ سے یہ حالت اس لئے مشابہ ہوتی ہے کہ التہاب کے بعد پیدا ہوتی ہو۔ مگر اس لحاظ سے اس سے مختلف ہوتی ہو کہ اس میں قرنیہ کے اندر سوراخ نہیں ہوتا۔ بد ذہ قرنیہ میں قروی نیچ اور بعض اوقات

کچھ ندبی ساخت بھی شامل ہوتی ہو۔ اس کے بخلاف جنبۃ القرنیہ میں صرف طبقہ جنبیہ ہوتا ہے جس کے اوپر خاص تخفیف ندبی ساخت پائی جاتی ہے۔ بروز القرنیہ التہاب خلی کے بعد پیدا ہوتا ہے۔ جب استہاب قرنیہ کی گہری ساختوں سے

شروع ہوتا ہے۔ اور اس کے اندر پیپٹیں پڑتی تو قرنئیہ میں کمزوری آجاتی ہے اور تو ترعیں کی وجہ سے وہ باہر کو ابھرتا ہے۔ بروز القرنئیہ میں قرونوی، ابھار غیر شفاف سفید ہوتا ہے۔ مگر اس قدر سفید نہیں ہوتا جتنا کہ عنبۃ القرنئیہ میں مذبی ساخت سفید ہوتی ہے۔ اسی سفیدی کی وجہ سے مخروطی اور کروی انتفاخ قرنئیہ سے اس کو ہم تشخیص کرتے ہیں۔

اگر قرنئیہ میں قرح ہو اور اس قرح میں سورخ پیدا نہ ہو تو بروز القرنئیہ کی حالت لاحق ہو سکتی ہے۔ اس حالت میں اس کے اندر خالص قرونوی نسجیں قائم رہتی ہیں جو تو ترعین کی وجہ سے ابھرتی ہیں۔

بل قرنئیہ کی حالت میں بھی بروز القرنئیہ ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں ابھار غیر شفاف ہوتا ہے! ابھار جب ایک تہہ پیدا ہو جائے تو پھر قرنئیہ کا شفاف ہونا غیر ممکن ہے۔

انذار مرض۔ اس مرض میں بنیائی بڑی حد تک خراب ہو جاتی ہے۔ اور اس کا وہاں آنا بالکل غیر ممکن ہوتا ہے علاج۔ قرنئیہ کے اندر خزائے مقدم میں سورخ کر دیں اور اس کے بعد دباؤ والی پٹی باندھیں یا عنبیہ کا ایک ٹکڑا کاٹ دیں تاکہ تو ترعین کم ہو جائے اور ابھار کا روکنا ممکن ہو سکے۔

مخروطی انتفاخ قرنئیہ
Keratoconus
یہ حالت بہت ہی کم ملتی ہے کبھی کبھی دیکھنے میں آتی ہے۔ قطعی طور پر طبقہ قرنئیہ کمزور ہوتا ہے۔ عموماً ۴ سال کی عمر میں یہ حالت پیدا ہوتی ہے۔ مرکز کے قریب قرنئیہ خصوصیت کے ساتھ تپلا اور کمزور ہوتا ہے۔ باہر کی طرف کو اس کا ابھار شروع ہو جاتا ہے اور مخروطی ابھار کی چوٹی مرکز قرنئیہ سے ذرا نیچے کو واقع ہوتی ہے۔ بعض اوقات اس مخروطی ابھار میں ضرباں مثل نبض کے پایا جاتا ہے۔ اس کی وجہ سے مختلف اشیاء میں جن کو کہ مرضی دیکھتا ہے ضربانی کیفیت کا احساس ہوتا ہے۔ مقیاس تو ترعین کے ذریعہ اس ضربانی کیفیت کو ہم دکھلا سکتے ہیں۔

شروع شروع میں قرنئیہ بالکل شفاف ہوتا ہے اور بنیائی میں خرابی صرف قرونوی انخار کی خرابی کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے جب یہ حالت زیادہ ترقی کر جائے تو ایک طرف سے کھڑے ہو کر قرنئیہ کو دیکھنے سے صاف معلوم ہوتی ہے اور جب خفیف حالت میں ہو تو منظار القرنئیہ کی تصویر قرونوی مرکز پر صاف گول نہیں نظر آتی۔ بلکہ ٹیڑھی ہوتی ہے۔ اسی نے جان کے ذریعہ سب سے پہلے اس حالت کا علم ہو جاتا ہے۔

منظار عین سے اندھیرے کمرے میں طبقہ شبکیہ کا سرج انکاس دیکھنے پر اس کے مرکز میں گول سایہ نظر آتا ہے



١ - مخروطي انتفاخ قزحية

٢ - خالي الهباب قزحية

٣ - لاخلو

جو نفا عین کے مہرۃ کو مختلف مقامات پر رکھنے سے اپنی جگہ بدلتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ اندر سے دوسرے ہونے والی شے میں باہر نکل کر معائنہ کرنے والے کی آنکھ تک نہیں پہنچتی۔ بلکہ کچھ پہلے ہی ایک مرکز پر جمع ہو جاتی ہیں اس لئے وہاں پر جگہ سیاہ نظر آتی ہے۔ مریض اس حالت میں شروع شروع میں مقربہ کی شکایت کرتا ہے مگر کوئی عینک اس کے واسطے مناسبت نہیں ہوتی۔ بعض اوقات یہ حالت دونوں آنکھوں میں پائی جاتی ہے۔ اس امر کا امکان ہے کہ اس کی ابتدا بہت خفیف طریقہ پر ہو پھر آہستہ آہستہ ترقی کرے۔ یا ابتدا ہی میں تھوڑے عرصہ کے اندر بڑھ کر بینائی کو زیادہ خراب کرے۔

آخری مہرۃ میں اس کی چوٹی پر متوازی خطوط نظر آتے ہیں۔ جو ایک دوسرے کے ساتھ ملنے پر ہمیشہ زاویہ قائمہ سے چھوٹا زاویہ بناتے ہیں۔ ان کو ہم آسانی کے ساتھ قرنیہ خور دین سے دیکھ سکتے ہیں۔ ان کے علاوہ قرنیہ میں علیحدہ علیحدہ سفید سمائی رقبے پائے جاتے ہیں۔ جو آئینہ چل کر آپس میں ایک دوسرے سے مل جاتے ہیں۔ بعض اوقات مخروط کے چاروں طرف بھورا سا حلقہ پیدا ہو جاتا ہے اور کبھی غشا و ڈسمٹی جگہ جگہ بھٹ جاتی ہے۔ قرص یا قرنیہ کا بھٹ جانا اور تو ترعین کی زیادتی وغیرہ نہیں پائی جاتی۔

علاج۔ ابتدائی حالت میں بینائی کی اصلاح کی تدابیر اختیار کریں یعنی عینک استعمال کریں۔ اور اس حالت کی ترقی کو غور کے ساتھ دیکھتے رہیں۔ بروز القرنیہ کو روکنے کی بہت سی تدابیر ہیں جن میں سے بہترین طریقہ یہ ہے کہ کمرۃ حدید سے اس کی چوٹی کو جلادیا جائے۔ مگر اعلاناً زیادہ مناسب ہی بعض ماہرین کہتے ہیں کہ مرکز میں قرنیہ کے اندر سوراج کرنا مناسب ہے مگر ایسا کرنے سے بعض اوقات ناصورب جاتا ہے یا قرنیہ کی موخر سطح سے عینہ کی مقدم سطح کا اتساق ٹوٹتا ہے اس کے علاوہ آنکھ کے اندر جراثیمی تعدی کا بھی خطرہ رہتا ہے۔ بعض جراح قرنیہ سے چوٹی پر کا ایک مثلث مائل کٹا کٹ دیتے ہیں۔ مگر یہ آپریشن مشکل ہے اور اس سے نتائج امید افزا نہیں برآمد ہوتے۔ مکواۃ حدید کے ذریعہ جلانے کے بعد ندبی ساخت کم بنتی ہے مگر بینائی کے کم ہونے کی وجہ سے عینہ کو کٹا کر دوسری جگہ ایک سوراج بنا نا ضروری ہوتا ہے۔ تاکہ مریض اس سوراج کے ذریعہ دیکھ سکے مکواۃ حدید سے جلائی ہوئی جگہ میں گودنے کے ذریعہ سیاہی بھر دی جاتی ہے۔

قرنیہ طبی حالت سے بہت زیادہ بڑھا ہوتا ہے اور قرنیہ کے ساتھ تمام مقعد عین بھی بڑھاؤ میں شرکت کرتا ہے

فعلی زرق میں یہ کیفیت پائی جاتی ہے اور اس حالت میں تو ترعین کی زیادتی کی وجہ سے تمام مقلدین بڑھتا ہے۔ مزید یہ کہ زیادہ ہو جاتا ہے۔ آنکھ کے پٹھنے میں کوئی رکاوٹ نہیں پیش آتی کیونکہ تجویز کا طبقہ صلبیہ آئینہ میں نہیں ہوتا کہ تو ترعین کی زیادتی سے نہ بڑھے۔

قرنیہ کی وہ حالتیں جو امراض چشم میں پیدا ہوتی ہیں یا دوسرے امراض کی ترقی کی وجہ سے بطور عوارض کے پیدا ہوتی ہیں۔

قرنیہ کی مضمی حالتیں ایسی ہی ہوتی ہیں جو آنکھ میں کسی دوسری بیماری کی علامات کے طور پر پائی جاتی ہیں۔ اسی حالت آنکھ میں دوسری سچیں بڑھ کر کوئی مضمی حالت پیدا کرتی ہیں جس کی وجہ سے قرنیہ میں تبدیلی پیدا ہو جاتی ہے ان میں سے بعض کو خاص طور پر امراض قرنیہ میں بیان کیا جاتا ہے مثلاً التهاب غلظی وغیرہ۔ مگر ایسا کرنے سے امراض کا صحیح اندازہ لگانے میں اور اس کے علاج معالجہ میں غلطی کا امکان ہے لہذا بہتر ہے کہ ہم ان بیماریوں کو جو ابتدائی طور پر قرنیہ میں شروع ہوتی ہیں ان بیماریوں سے تمیز کر لیں جو اس کے اندر ثانوی طور پر پیدا ہوتی ہیں۔

زرق المار (Glaucoma) میں ہمیشہ قرنیہ کی حالت منتشر مضمی سحابی کیفیت سے ملتی ہے۔ اس کی وجہ سے زرق المار کی انعطافی طاقت میں تبدیلی پیدا ہو جاتی ہے اور یہ تبدیلی تو ترعین کی زیادتی کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے مگر اس کے علاوہ ورنہ مضمی تغیرات نہیں ہوتے۔

اگر مضمی حالت قائم ہے تو تمام قرنیہ سحابی ہو جاتا ہے۔ پہلی حالت سے اس میں اختلاف ہو جاتا ہے تو ترعین کے نہ ہونے پر بھی قرنیہ شفاف نہیں ہوتا۔ قرنیہ کے اندر ہیج رونما ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ تو ترعین کی زیادتی سے منادونی دوران میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے۔ سب سے پہلے یہ حالت بشرہ میں پیدا ہوتی ہے اور وہ سفیدی مائل ہو جاتا ہے قرنیہ کے مختلف ترانے لے کر اکران کا خود بینی۔ مانہ کیا جائے تو معلوم ہوتا ہے کہ بشری فعلیات کے درمیان رطوبت جمع ہو گئی ہے۔ قرونی پتوں کے درمیان اوٹ بھی ایف کے گرد بھی رطوبت جمع ہو جاتی ہے۔

اگر تین مدت تک قائم ہے تو ان کی آنکھوں میں خاص کر جو زرق المار کی وجہ سے اندھی ہو جاتی ہیں بشری فعلیات آجوں کی صورت میں اٹھ آتے ہیں۔ زرق المار کا موجود ہونا اس مرض کو دوسری حالتوں سے متمیز کر دیتا ہے۔

زخم کے مدد مل سونے پر یہ یوں مناسب ہو جاتے ہیں اس کی وجہ یہ ہے کہ قرنیہ میں عارضی طور پر ایک

پت پید ہو جاتی ہے۔



قرنیہ کی سطح کی کیفیت نامناسب مدت سے

جی یہ ہو سکتی ہے مثلاً جب کسی قسم کے زخم یا

کے عکس کے تحت ہو جاتے ہیں۔ تو اس صورت میں چونکہ

یہ نکلیات حل نہیں ہوتے اس لئے مستقل سفیدی قائم

رہ جاتی ہے اور اس جگہ پر قرنیہ کی حالت یہ معلوم

ہوتی ہے۔ اگر اس پر سفید رنگ چڑھ گیا ہے۔ ہو سکتا ہے کہ عرصہ کے بعد یہ جگہ بالکل صاف ہو جائے۔ مگر اس

کا یہ بہت نکتہ ہے۔ اس کو کھرچنے کی کوشش میں احتیاط رہنا ہے۔ لیکن بہتر یہ ہے کہ آنکھ کے علاج میں ایسے

دوائیوں کا استعمال نہ کریں تاکہ یہی حالت پیدا ہی نہ ہو۔

تھوین قرنیہ | نامناسب علاج سے قرنیہ میں لون پیدا ہو جاتا ہے مثلاً چاندی کے نکلیات محلوں کے

غور پر اگر سو مسہ تاک استعمال کے جائیں تو ملتحمہ کے ساتھ قرنیہ میں بھی بھورا نشان پیدا

ہو جاتا ہے۔ یہ حالت لونڈرینیائی (Argyrosis) کہتے ہیں۔ قرنیہ کی غش دسمی میں چاندی کے مرکبات جمع

ہو جاتے ہیں جن کی وجہ سے یہ رنگ ظاہر ہوتا ہے۔

نزف الدم | قرنیہ میں خون یا نزف الدم شاذ ہی نظر آتا ہے سطحی طور پر قرنیہ میں خون کا سرنج رنگ کا دھبہ

ایا جو رے رنگ کا سبزی مائل دانغ اس کی تمام سطح پر نظر آتا ہے۔ موزال ذکر صورت میں

یہ حالت خزانہ مقدم کے خون سے غلبہ میں مدرت میں پیدا ہوتی ہے جو جب کہ تو ترعین بہت بڑھا ہوا ہو۔

قرنیہ کے سلعات | قرنیہ کے سلعات جیشہ ثانوی ہوتے ہیں۔ ملتحمہ کے سلعات بڑھ کر قرنیہ کو بھی غاص

غور پر موقوف کر دیتے ہیں۔ مجیدہ قرنیہ پر جہاں قرنیہ صلیب سے ملتا ہے۔ عموماً ان سلعات

کا ظہور ہوتا ہے۔

امراض طبقہ صلبیہ

مقدمین کے سفید حصے میں مختلف وجوہ سے سرخی پیدا ہوتی ہے جن میں سے عمومی سبب التهاب کا التهاب ہی اس کے بعد التهاب جسم اپنی وغیرہ کا ممبر ہے۔ متحدہ، غنہ اور جسم اپنی کی وجہ سے جو سرخی مقدمین کے سفید حصے میں پیدا ہوتی ہے اس کی تشخیص فارقہ ہر شریعت میں بیان کر چکے ہیں۔ تاہم بال سبب کے مددہ خود صلبیہ کے التهاب کی وجہ سے ہی مقدمین کے سفید حصے میں سرخی پیدا ہوتی ہے۔ بدن عام طور پر اس سرخی کو دیگر غلط فہمی میں مبتلا ہو جاتے ہیں اور دوسری نیچوں کی وجہ سے پیدا شدہ سرخی کو صلبیہ کی طرف منسوب کرتے ہیں۔ اندیشہ کے لئے یہ دہن نشین کرنا چاہیے کہ صلبیہ کی بیرونی نیچوں اور خود صلبیہ دونوں کا التهاب نسبتاً گہرا ہے۔

التهاب طبقہ صلبیہ | صلبیہ کا التهاب یا تو سطحی نیچوں میں ہوتا ہے یا گہری نیچوں میں۔ دوسرے الفاظ میں ہم یہ کہہ سکتے ہیں کہ اس التهاب کی دو حالتیں ہیں، ایک خفیف اور دوسری شدید۔ یہ دونوں حالتیں مختلف مراحطے کوئی ہیں۔ اسی لئے ان دونوں کو علیحدہ علیحدہ ایک ایک مرض قرار دیا گیا ہے تاکہ ان کی تشخیص و علاج میں آسانی ہو۔

صلبیہ کی سطحی نیچوں کا التهاب Episcleritis، یہ حقیقت سمجھنے کی گہری باتوں کا التهاب ہوتا ہے جس میں صلبیہ کے سطحی پرست بھی ملتا ہوا ہوتا ہے۔ اس کی بتدایوں ہوتی ہے کہ پہلے پہل گول عقدہ جو بڑی سر سے ملتا ہوتا ہے۔ قرینہ کے محیطی صلبیہ سے ۲ یا ۳ ملی میٹر دور نمودار ہوتا ہے۔ یہ عقدہ خست ہوتا ہے۔ اپنی جگہ سے حرکت نہیں کرتا۔ اس میں درد بہت زیادہ ہوتا ہے بلکہ عقدہ کو اس عقدہ کے اوپر بآسانی حرکت دیا جاسکتا ہے۔ اس کے اندر صلبیہ کے گہرے عروق و عمومی پائے جاتے ہیں اسی وجہ سے اس کا رنگ سرخ نہیں بلکہ نفیسی ہوتا ہے یہ عقدہ عرصہ تک قیام کرتا ہے مگر تقریباً اس میں بالکل نہیں ہوتا اور عام طور پر اس کے غائب ہو جانے کے بعد اوقت مقام پر پہنی رنگ کی سی نرمی ساخت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس مقام پر صلبیہ کے ساتھ متحدہ ملحق ہو جاتا ہے۔ جبکہ قرینہ اور طریق ہر بی وشمی اس التهاب میں وقت نہیں ہوتے۔

اس تہاب میں درد بہت خفیف ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا۔ مگر عام طور پر ماؤٹ مقام کو دبانے پر تالم درد بے پنی محسوس ہوتی ہے مریض شدید عصبی درد کی شکایت کرتا ہے، مذکورہ التہابی عقدہ کئی دنوں یا ہفتوں بعد جذب ہوتا ہے۔ مگر اس یک جگہ کے عقدہ کے جذب ہونے کے دوران ہی میں اس قسم کے دوسرے عقدہ کسی اور صدمہ پر پیدا ہو جاتے ہیں اور اس طریقہ سے اس مرض کا سلسلہ مہینوں تک قائم رہتا ہے عموماً یہ التہاب دونوں آنکھوں میں ساتھ ساتھ شروع ہوتا ہے۔ شدید جھٹوں میں یہ التہاب صلیبیہ کی گہری انسجہ میں پونج جاتا ہے۔ اور نامعلوم طریقہ پر صلیبیہ کے دوسرے قسم کے التہاب میں منتقل ہو جاتا ہے۔

تشریحی معائنہ۔ تشریحی معائنہ سے پتہ چلتا ہے کہ لمعہ کے نیچے کی یعنی ساختوں اور صلیبیہ کی سطحی بافتوں میں کراتی لمفادی کا ارتشاح ہو رہا ہے۔

سباب۔ وجع مفاصل اور نقرس اس کے اسباب بیان کئے جاتے ہیں۔ مگر مزید اپنے سابقہ حالات میں وجع مفاصل کی دہائی شکایت نہیں بیان کرتا۔ اور اگر درد کی شکایت ہوتی بھی ہے تو عموماً عضلی عصبی وجع کی شکایت ہوتی ہے۔ مختلف مقامات سے عصبی مواد کے انجذاب سے پیدا ہوتی ہے۔ درنی اور آتشکی عوارض اس کے اسباب مدہ ہیں۔ عموماً ہر مریض میں عمومی ضعف پایا جاتا ہے۔ سن رسیدہ اشخاص بھی اس میں مبتلا ہوتے ہیں۔

علاج۔ بہ نسبت مقامی علاج کے عمومی علاج زیادہ مفید اور کارآمد ثابت ہوتا ہے۔ مریض اپنے سابقہ حالات میں اگر وجع مفاصل کی کوئی شکایت نہ بھی بیان کرے تو بھی ”سیلی سیلک“ کے مرکبات دینا چاہئے ان سے فائدہ ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ ”سوڈا سیلی سیلٹ“ ”اسپیرین“ ”سیلی سین“ (salicin) اس مرض میں استعمال کرائے جاتے ہیں۔ اگر ان مرکبات کے دینے سے فائدہ نہ ہو تو یوڈائیڈ استعمال کرنا چاہئے۔ مریض کو آتشک نہ ہو تو بھی اس کے جسم پر پارہ کے مرکبات کی مالش سے فائدہ پہنچتا ہے۔

مقامی علاج سب سے زیادہ بہتر یہ ہے کہ بالائی جفن پر زنجی رکھ کر مقام ماؤٹ پر مالش کی جائے۔ مالش کے لئے سکھ کے اندر ذکر طاقت کا بورک دھوا یا زہر سیبانی مرہم استعمال کریں۔ اس مرض کے مریض تیز محرکات کے تحت نہیں جاتے۔ شدید حالتوں میں تمکید کریں۔ ڈیونین۔ نمک میں ڈالیں یا پٹی پر جو ٹکس لگوائیں۔

نمایت خراب حالت کے مریضوں میں مسلسل برقی۔ ”کو استعمال کریں مقام ماؤٹ پر ہلکے ہلکے شکات دیں۔“

بڑی سیجوں کو کواۓ کھربانی سے بد دیں جسمانی طاقت کو قائم رکھنے کے لئے ہر ممکن تدبیر عمل میں لائیں، ان ہی ذکورہ تدابیر پر کامیابی کا انحصار ہوتا ہے۔

صلیبیہ کے نئے زائچہ کا التهاب Scleritis پہلی حالت کے مقابلہ میں کم پایا جاتا ہے۔ اس میں ایک یا دو سے زیادہ کمر ہیں۔ صلیبیہ کے اندر پیدا ہوتی ہیں۔ اس وقت مقام میں یہ کمر ہیں منتشر ہوتی ہیں

اور پھر پیسے، کھاسر، یا نیل ہوتا ہے، بعد میں زرد و بنفشی رنگ اختیار کرتا ہے اور اس مقام پر صلیبیہ پانی کی طرح نیم شفاف ہو جاتا ہے بعض اوقات یہ حالت بڑھ کر قرنیہ کے چاروں طرف پھیل جاتی ہے اس وقت اسکو 'علقہ نارستہ صلیبیہ' کہتے ہیں۔ پہلے التهاب اور اس میں فرق یہ ہے کہ اس میں قرنیہ و طریق مشیمی و عینی بھی متہت ہو جاتے ہیں۔ کسی حد تک التهاب صلیبیہ گریزیدہ تر ہوتا ہے اور مقدم شیمیہ کا التهاب پایا جاتا ہے۔ قرون نہیں پیدا ہوتے، مقام مادہ پرن کی ساختیں متذبذب ہو کر پتلی ہو جاتی ہیں اور سیلابی، نل اور غوانی مذبی ساخت بن جاتی ہے، جو نو تریمین کی شکل میں ہوتی اسی وجہ سے اس مقام پر قلعہ عینی پھول کر ہر نوکل آتا ہے۔

صلیبیہ کے منتشر التهاب کی حالت میں طہت مقام کے اندر سخت اور سفید گرہیں پیدا ہو جاتی ہیں، ان کا عصبہ آپس کے سر سے کی برہر ہوتا ہے یہ گرہیں متحدہ کے نیچے ہوتی ہیں اور سب کی سب قرنیہ کی محیطی کنارے سے یکساں ذمہ پراقع ہوتی ہیں کسی فساد منتشرہ کے رد نہا ہوئے بغیر یہ غائب ہو جاتی ہیں۔ دونوں مذکورہ صورتوں میں مرضی شریج یکساں ہوتی ہے فرق صرف اتنا ہے کہ ایک التهاب میں سطحی زائچہ کے اندر مفادی رشح پایا جاتا ہے اور دوسرے میں گہری ساختوں کے اندر یہ رشح ظہور پذیر ہوتا ہے۔ یہ مرض عموماً دونوں آنکھوں میں شروع ہوتا ہے، بویٹوں اور بچوں کے اعتبار سے جوانوں میں خاص طریقہ پر اور عورتوں میں مردوں سے زیادہ ہوا کرتا ہے۔ عورتوں میں اس کے ساتھ عموماً حیض سے متعلق خرابیاں بھی موجود ہوتی ہیں۔

صلیبیہ کی گہری سیجوں کا التهاب اپنے عوارض و نتائج کے لحاظ سے خطرناک حالت رکھتا ہے، اس کے ساتھ طریقہ ہدنی و شیمی کا التهاب بھی کسی قدر ضرور پایا جاتا ہے صحیح طور پر اب تک یہ نہیں معلوم ہو سکا کہ یہ التهاب صلیبیہ کے مرض کا نتیجہ ہوتا ہے یا اس کا سبب ہے۔ ہمارے خیال میں نہ تو یہ اس کا سبب ہے اور نہ نتیجہ بلکہ تمام اقسام کے التهاب ایک ہی قسم کے سبب سے پیدا ہوتے ہیں۔ اور وہ سبب جسم کے اندر کسی عصبی مرکز سے نہیں، بلکہ سبب ہے عام طور پر

بے غرضی و کبر کا معلوم کرنا ناممکن ہوتا ہے، ہم جان کو خاص طور پر انفی تجا و لیت اور اعضا و تناسل کا معائنہ کرنا ضروری ہے کہ عورتیں اس مرض میں مبتلا ہوں تو مذکورہ امور کا خصوصیت کے ساتھ لحاظ کرنا چاہئے بعض مریضوں کے نظم و ضبط میں بعض معذور وغیرہ میں خرابیاں ہوتی ہیں۔ اس مرض میں مسدود و ایس مفید ثابت ہوتی ہیں ان سب کا عمل یہی ہوتا ہے کہ وہ مسدود غرضی ن سوں میں کمی پیدا کرتی ہیں اور اسی فائدہ کی وجہ سے ان سے فائدہ پہنچتا ہے بعض مریضوں میں یقیناً یہ مرض اور نیا آتشکی ہوتا ہے۔ "ہار" ساک (Stock) نے خرگوش کے درید میں ورنی جراثیم کی تلیق کر کے انہیں یہ حالت پیدا کی لیکن اس کے ساتھ ساتھ جسم پر بی ورمشی کا بھی التھاب پیدا ہو گیا، اس میں کوئی کلام نہیں ہے کہ البتہ جراثیم نے ورنی جراثیم کو اس مرض کے پیدا کرنے کے متعلق جو اہمیت دی ہے اس سے کہیں زیادہ یہ جراثیم اس التھاب کی پیدائش میں اہمیت رکھتے ہیں، ہر بی مقام پر صلیبیہ کے انتقال کی وجہ سے مقلد میں تباہ ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے مینائی خراب ہو جاتی ہے ورنی ورمشی التھاب پیدا ہو جاتا ہے۔ اس میں ثانوی طور پر رزق المار بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ مذکورہ عوارض کے علاوہ صلیبیہ کا التھاب ہمیشہ قرنیہ کے اندر تک پہنچ جاتا ہے اور قرنیہ بھی ممتب ہو جاتا ہے۔ اسی وجہ سے قرنیہ کی سطح پر صلیبیہ کے نزدیک سفیدی پیدا ہو جاتی ہے، اس کی شکل مثلث نما یا زبان کے مانند ہوتی ہے جس کا گوں بدنی کنارہ قرنیہ کے مرکز کی طرف ہوتا ہے۔

قرنیہ میں اسی قسم کے دوسرے سفید رقبے بھی مرتکب پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ رقبے فاکسٹری یا زردی مائل فاکسٹری ہوتے ہیں۔ رقبہ رقبہ زیادہ غیر شفاف ہو جاتے ہیں۔ یہاں تک کہ صلیبیہ میں اور اس میں کوئی فرق نہیں معلوم ہوتا بلکہ اس کے مشابہ ہو جاتے ہیں جنہیں حیثیت سے قرنیہ دراصل صلیبیہ کا ایک خاص حصہ ہے یہی وجہ ہے کہ جب اس کے نقلی انسجہ میں تبدیلیاں ہوتی ہیں تو یہ صلیبیہ کے ساتھ مشابہ ہو جاتا ہے۔ قرنیہ میں ان مقامات میں دھوی عروق بہت کم ہوتے ہیں قروح کبھی نہیں پیدا ہوتے۔ یہ سفید رقبے کسی مدت تک صاف ہو جاتے ہیں مگر جن مقامات پر انسجہ بالکل تبدیل ہو جاتے ہیں وہاں پر ہمیشہ بے کیفیت باقی رہتی ہے۔ ایسا ہی دیکھا گیا ہے کہ کبھی قرنیہ بالکل سفید ہو گیا ہے مگر اس حالت کے باوجود حدتہ عین کا حصہ صاف رہتا ہے۔

علاج۔ اس حالت کا علاج بھی وہی ہے جو صلیبیہ کی سطحی ساختوں کے التھاب کا ہے۔ ہم پہلے بھی بتا چکے ہیں کہ اگر ورنی بدنی کا مشابہ ہو تو ورنی کی تلیق کرنا چاہئے اس کے علاوہ ڈیونین اور ٹیکنیکس یاں کی زیر محتمہ تلیق کریں ورمشی اور

ہونی عوارض کا علاج ایذا پہن سے کیا جائے۔

مصلیہ کے اندر تشکی در مضمغی عموماً نہیں دیکھا جاتا۔ اگرچہ یہ پیدا ہوتا ہے تو ان کی تشخیص بنی بہ مضمغی مصلیہ سے نہیں ہو سکتی۔ ان کی موجودگی میں مصلیہ کے اندر تشکیات جو کہ قرنیہ کے تحتی کنارے کے نزدیک سے شروع ہوتی ہیں اور تشکی کے ستوانی حصہ تک پہنچتی جاتی ہیں۔ عین وقت یہ قرنیہ کے گرد مصلیہ کی صورت اختیار کرتی ہیں مصلیہ کے مضمغی درم اندر کی طرف بڑھ کر دوسری ساختوں کو، وقت بڑھتا ہے۔ اور جسم ہونی کا درم مضمغی باہر کی طرف بڑھ کر مصلیہ کو ماؤف کر دیتا ہے۔ اگر تشکی کا علاج جلد از جلد دیکھنا شروع کیا جائے تو آنکھ کے مضمغ ہونے کا برا نقطہ رہتا ہے۔ چونکہ عوارض ہونی و مضمغی کے عوارض اور مقام ہونی پر امتیاز مصلیہ یا مضمغی وغیرہ لاحق ہو جاتے ہیں۔ عین کے حالات در تشکی علامات سے تشخیص ممکن ہوتی ہے۔ ہم ان مضمغیوں کے خون کا تفاعل واسرہ، نیوکلین ضروری ہے۔

مصلیہ میں مدرن ہی استباب مصلیہ کی صورت میں ظاہر ہو سکتا ہے۔ مگر یہ خیال رہے کہ ہیت درنی مددی دوسری ساختوں سے بڑھ کر مصلیہ کو، وقت کرتا ہے لیکن شاذ و نادر ابتدائی طور پر ہی مصلیہ میں درنی مصلیہ کی ابتدا ہوتی ہے۔ اس حالت میں گرد درنے کی صورت اختیار کرتی ہے جس کے اندر مضمغی فساد پیدا ہونے کے بعد قرنیہ بن جاتا ہے۔ گرد کو کات کر الگ کر دینا چاہئے۔ اور اگر کاتیں نہیں تو اس کو کھرج کر صاف کر دیں۔ اور اس کے مواد کا خورد بینی معائنہ درنی جراثیم یا مضمغی مصلیہ کے مقام کے حالات دریافت کرنے کے لیے کیا جائے۔

حلقہ دار التهاب مصلیہ ہم پہلے بیان کر چکے ہیں کہ یہ حالت مصلیہ کا معمولی التهاب ہے یا اس کے مضمغی درم

annular scleritis کی حالت میں پیدا ہو سکتی ہے کبھی یہ نہایت شدید حالت میں سن رسیدہ اشخاص میں پائی جاتی ہے۔ اس التهاب میں قرنیہ کے چاروں طرف جلیے ٹین کے، تند درم پیدا ہوتا ہے جس کا رنگ بھورا سرخ ہوتا ہے اور اس درم کا سلسلہ مقلہ عینی کے استوا تک جاتا ہے۔ اب تک اس کا کوئی علاج نہیں معلوم ہو سکا۔ اس کے بعض مضمغیوں میں قائل واسرہ مضمغی مثبت ہوتا ہے۔ اگر تفاعل واسرہ مضمغی مثبت ہو تو تشکی کا علاج قوی طور پر کیا جائے۔

مشرح مصلیہ مصلیہ میں باہر کی طرف اور اندر کی طرف بھی جیل کرناؤی طور پر قروح پیدا ہو سکتے ہیں۔ باہر کی طرف سے قروح کے قروح درنی و تشکی مصلیہ تک پہنچتے ہیں۔ اور اندر کی طرف سے

جب کسی مضمغی مصلیہ میں قروح پیدا ہوں تو عینیہ و جسم ہونی سے ہوتے ہوئے مصلیہ تک پہنچتے ہیں۔ عینیہ سے

دہنی درجہ ہونی سے آشکارہ ترقی پیدا ہوتے ہیں بعض اوقات سلعات کی وجہ سے صلبیہ میں سورخ ہو کر بھی ترقی پیدا ہو جاتی ہے جب کہ صلبیہ کے سلعات غلیہ۔ اور شبکیہ کا سلعہ غلیہ مستدیرا غلیات کی صورت میں ہوتا ہے مگر مذکورہ تمام حالتیں بہت کم پائی جاتی ہیں۔

بچوں میں صلبیہ کا رنگ نیلگوں ہوتا ہے۔ اور بعض خاندانوں میں تمام افراد کے صلبیہ کی یہی حالت موروثی طور پر پائی جاتی ہے۔ یہ عجیب بات ہے کہ ایسے مرلغیوں میں ایک بات اور بھی ہوا کرتی ہے وہ یہ کہ ان کی ہڈیاں بہت زیادہ آسانی سے ٹوٹنے

نیلے رنگ کا صلبیہ

Blue sclerotics

داں ہوتی ہیں یہ صحت مردوں اور عورتوں میں یکساں طور پر پائی جاتی ہے۔ اور جو لوگ اس میں مبتلا ہوتے ہیں ان سے ان کے بچوں میں یہ حالت منتقل ہو سکتی ہے۔ اس حالت کے کسی مریض میں دیکھا گیا ہے کہ اس کے صلبیہ کی دیابت مسمولی حالت کے مقابلہ میں ۱۰ روگنی تھی۔ اور دس کا طبقہ قرنیہ بھی پتلا ہو گیا تھا۔ فشار باؤمینی اس میں سے فائدہ بھی

امراض غلبیہ و جسم ہدنی

طریق غلبی و شیمی Uvea تین چیزوں پر مشتمل ہے۔ (الف) جسم ہدنی (ب) طبقہ غلبیہ (ج) طبقہ شیمی انہی تینوں کے مجموعے کا نام طریق غلبی و شیمی ہے لہذا انکے کے ان حصص کا التهاب مجموعی حیثیت سے التهاب طریق غلبی و شیمی کہلاتا ہے۔

غلبیہ و جسم ہدنی۔ دونوں حصوں کا التهاب آپس میں استعدا ایک دوسرے کو مستلزم ہے کہ ہر صورت میں جب غلبیہ متنب ہوتا ہے تو جسم ہدنی کا التهاب بھی ضرور پایا جاتا ہے، اسی ہذا القیاس جب جسم ہدنی متنب ہوتا ہے تو غلبیہ بھی ضرور اس کے ساتھ مشاکک مرض ہوا کرتا ہے۔ ایسی صورت میں ان دونوں میں سے جو ساخت زیادہ متنب ہوتی ہے اسی کے نام کے ساتھ مرض کو موسوم کیا جاتا ہے۔ ان حصص کے عمومی التهاب کی صرف مریض حالت پائی جاتی ہے شیمیہ کے متنب ہونے کی صورت میں ماہرین اس کو التهاب شیمیہ ہی کے نام سے موسوم کرتے ہیں مگر خیال غائب یہ ہے کہ اس کے ساتھ جسم ہدنی میں بھی کسی قدر التهاب ضرور پایا جاتا ہے۔ تشخیص و علاج معالجہ کے لئے ضروری ہے کہ ہم طریق غلبی و شیمی سے ہر ایک حصہ کے التهاب کو علیحدہ علیحدہ ذکر کریں۔

التهاب طبقہ غبئیہ

Iritis

غبئیہ کے التهاب اور اس کے نظرات کو کم حقہ سمجھنے کے لئے ضروری ہے کہ پہلے غبئیہ کے شرعی نظام اور اس کے اندر معنی تغیرات کے معلق مکمل مدہ ہو، فی نفسہ غبئیہ عروق دہوی اور غیر محفوظ ایات مصلی کا ایک پتہ ہو دیکھا، ایک قسم کی سفیدی اس سے ذات میں پائے جاتے ہیں طبقہ غبئیہ کا مدتی کنارہ ہر آن اپنی ساخت میں مدب مدہ کے مقدم غلات سے لگارتا ہے اور جس قدر زیادہ انقباض طبقہ غبئیہ میں ہوتا ہے اسی قدر زیادہ اس کی موخر سطح غلات مدہ سے متصل رہتی ہے۔ مگر جب غبئیہ مکمل انقباض کی حالت میں ہو تو مدہ سے اس کا اتصال بالکل نہیں ہوتا۔

غبئیہ کا التهاب بھی دوسرے انسجہ و اعضاء کے التهاب سے مشابہ ہوتا ہے۔ التهابی صورت میں اس کے اندر بھی عروق دہویہ منبسط ہو جاتے ہیں اور شرعی عروق کی دیواروں میں کسی حد تک نقصان پہنچ جاتا ہے جس سے تجمعات میں لغا دی رطوبت کا ترشح ہوتا ہے جس میں زلالی یا بیضیہ جسام بہت زیادہ ہوتے ہیں۔ ان کے علاوہ هجوم بغیاضات یا هجوم کربیات لغاوی بھی اس کے اندر رہتا ہوتا ہے۔ چونکہ غبئیہ کے اندر عروق دہویہ بہت زیادہ ہوتے ہیں درآن کا نظام بھی مخصوص ہوتا ہے نیز اس کی اساسی نسجین سفیدی ہوتی ہیں اس لئے التهابی عوارض سے خاص نتیجہ پیدا ہوتے ہیں۔ مثلاً نتیجہ کے طور پر احتقان دہوی۔ حدتہ میں کے سکڑنے کا باعث بنتا ہے۔ کیونکہ اس کے اندر عروق کی تنظیم شعاعی ہوتی ہے اس حالت کا تعلق کسی حد تک اسی پردے کے وظائف سے ہے۔ مرضی وجہ سے بھی حدتہ میں بہت زیادہ منقبض ہو جاتا ہے۔

۱۔ عروق دہویہ کی زیادتی اور انسجہ کی سفیدی ساخت کی وجہ سے ترشح بہت زیادہ ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے غبئیہ میں ورم بھی زیادہ پیدا ہو جاتا ہے۔

۲۔ غبئیہ کی سطح سے جو التهابی ترشح ہوتا ہے اس میں اجسام بیضیہ کی زیادتی اس کو گاڑا بنا دیتی ہے یہ ترشح خزانہ مقدم کی رطوبت میں شامل ہو جاتا ہے اور غلظت کی وجہ سے اس کا آنکھ سے باہر نکلنا مشکل ہوتا ہے۔

۳۔ غبئیہ کی سفیدی ساخت میں رطوبت بھر جاتی ہے۔ اسی وجہ سے اس میں آسانی کے ساتھ حرکات نہیں ہو سکتی اور یہی وجہ ہے کہ اس کے اندر طبعی ردھل غائب یا بہت شست ہوتا ہے۔

۴۔ التهابی ترشح کے اندر مخثرش اجزا پائے جاتے ہیں جو فرس پیدا کرتے ہیں ان کی وجہ سے غبئیہ مہروں میں قریب پیدا ہوتی ہے اور عضلی الیاف سکڑ جاتے ہیں۔

۵۔ ہریشہ حبیبہ و انقباض پیدا کرنے والے ایات میں تحریک یکساں ہو تو انقباضی ایات کا عمل انبساطی ایات پر مذہب آجاتا ہے کسی سے مدد ملے بغیر رہتا ہے۔

مذکورہ بالا بیانات سے انتہا بطنیہ کی علامات کو سمجھنا آسان ہو گیا۔ مدد ملے کا انقباض۔ احتقان دموی اور خراش کی بنا پر ہوتا ہے۔ غصیہ کا صدقہ کنارہ میعادہ ہو جاتا ہے۔ مدد ملے کا رد عمل سست رہتا ہے جس کے باعث وہ سبب میں جو غصیہ ایات میں انقباض پیدا کرتے ہیں۔ اس کے علاوہ ترشح کی زیادتی بھی اس کی مدد ہوتی ہے ترشح کی زیادتی سے غصیہ کی سطح میں تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کی نازک سطح کا نقشہ صاف اور اس کے خطوط علیحدہ علیحدہ صاف صاف نظر آنے کے بجائے خراب اور بھد سے نظر آتے ہیں۔ اسی وجہ سے اس حالت کو ہم گندہ لاپن کہتے ہیں۔ غصیہ کا رنگ بھی بدل جاتا ہے۔ اس کے رنگ کی تبدیلی اس کے طبعی رنگ کی نوعیت پر منحصر ہوتی ہے۔ سفید رنگ سے انٹامین جن کے غصیہ میں توین کم ہوتی ہے ان کے نیچے غصیہ کا رنگ ہلکا نیلا یا زردی مائل سبز ہو جاتا ہے۔ بھورے غصیہ میں رنگ کے تغیرات کم نمایاں ہوتے ہیں تاہم اس کا رنگ خاکستری یا زردی مائل بھورا ہو جاتا ہے۔ معاندہ میں مندرجہ ہے کہ دونوں آنکھوں کے غصیہ کا مقابلہ آپس میں کر کے دیکھا جائے۔ کیونکہ غصیہ کا مادہ انتہا بطنیہ عموماً صرف ایک آنکھ میں رونما ہوتا ہے۔

غصیہ کے رنگ اور نقشہ کی تبدیلی کی وجہ سے دموی احتقان صاف نہیں نظر آتا۔ کبھی یہ احتقان ہڈی احتقان کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے جس کو ہم قرنیہ کے محلی سبلیہ میں بخوبی دیکھ سکتے ہیں۔ شدید انتہا بطنیہ میں یہ احتقان سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے مگر اس میں کسی حد تک ختمہ کے عروق دموی بھی حصہ لیتے ہیں۔ اس ہڈی احتقان کو چھپانے میں غور و فکر سے کام لینے کی ضرورت ہوتی ہے (تشخیص فاروقہ کے لئے معنی اور ہڈی احتقان ملاحظہ ہو) اگر موجودہ صورت میں معنی انتہا بطنیہ نہ ہو تو صرف دموی رگوں سے خارج ہوتی ہے۔

غصیہ کے اندر کسی اعصاب بہت زیادہ ہوتے ہیں۔ یہ اعصاب عصب جمعی ناس کی شاخیں ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ غصیہ کے عادات انتہا بطنیہ میں درد ایک نمایاں علامت ہے۔ یہ درد صرف آنکھ تک محدود نہیں رہتا بلکہ عصب فامس کی مینی شٹل کے علاوہ دوسری شاخوں میں بھی پایا جاتا ہے پیشانی میں خصوصیت کے ساتھ اس درد کا احساس ہوتا ہے۔ پیشانی کے علاوہ جن حصوں میں عصب فامس کی فوٹ مجری یا کرمی شاخیں پہنچتی ہیں ان میں بھی درد محسوس ہوتا ہے۔

زخاروں و انتوں اور ناک کی طرف بھی درمشتقل ہوتا ہے اور رات میں زیادہ شدید صورت اختیار کرتا ہے۔

التهابی ترشح آہستہ آہستہ خزانہ مقدم میں داخل ہو جاتا ہے۔ اور طبعی رطوبت مائی میں مبتلا ہوتا ہے۔ اگر جسم ہڈی میں التهاب زیادہ ہو تو مائی رطوبت کا اخراج ہوتا ہے جس میں خود بھی جسم بنیہ بہت زیادہ ہوتے ہیں۔ اس رطوبت کے اندر کربات بیضا بھی ہوتے ہیں اور اس کے علاوہ بخمدگی اجزائے کاسے نظر آتے ہیں صرف شدید صورت میں اس کے اندر یعنی جاں پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی لئے خزانہ مقدم گندلا ہو جاتا ہے۔ اور غبیہ کو ہم اچھی طرح دیکھ نہیں سکتے بعض اوقات اس کو ہم قرنیہ کی سماجی کیفیت سمجھ کر غلط تشخیص کرتے ہیں۔ اس میں عام طور پر قرنیہ بالکل صاف ہوتا ہے۔ زیادہ شدت مرض کی صورت میں خصوصاً جبکہ التهاب ضرب وغیرہ کی وجہ سے رونما ہو تو اس کے اندر عظمی مدوی شامل ہو جاتا ہے۔ اور کثیر تعدد میں کربات بیضا کثرت النواۃ خزانہ مقدم میں پونچ جاتے ہیں۔ اور وہاں خزانہ مقدم کی زیرین سطح میں یہ نشیں ہو جاتے ہیں جس کو ہم ارتشاح صمدی (Hypopyon) کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔

غبیہ کے بسط التهاب کی صورت میں اس وقت تک یہ ارتشاح نہیں پایا جاتا جب تک کہ مقلد میں سورخ نہ ہو جائے۔ اس صورت میں خزانہ مقدم کے اندر شاذ و نادر حالات میں دومی ارتشاح بھی پایا جاسکتا ہے۔

رطوبت مائی کے غیر طبعی توام کی وجہ سے قرنیہ کی موخر سطح کے بشرہ بالطنہ کا تغذیہ خراب ہو جاتا ہے۔ غلیات میں اسحاق کی کیفیت (چکا ہٹ) پیدا ہو جاتی ہے۔ اور بعض عین مقامات سے یہ الگ بھی ہو جاتے ہیں۔ اوقات معاف پر ترشح میں انتقاعات پیدا ہو جاتے ہیں جس کی وجہ سے قرنیہ میں رسوب ظاہر ہوتے ہیں۔ یہ رسوب بسط التهاب غبیہ میں بہت کم ہوتے ہیں۔ مگر مائی التهاب میں نمایاں طور پر پائے جاتے ہیں۔ اور جس قدر زیادہ جسم ہڈی ملتبہ ہو اسی قدر زیادہ پائے جاتے ہیں۔ رطوبت مائی میں اجزاء بیضیہ جتنے زیادہ ہوں اس میں اوتنا ہی زیادہ گاڑھا پن (غلظت) پیدا ہوتا ہے۔ اور قناتہ شلیم سے اس کا باہر کو خارج ہونا مشکل ہو جاتا ہے یعنی یہ رطوبت اندر کی اندر ہی رہ جاتی ہے جسکی وجہ سے تو تر میں بڑھ جاتا ہے۔ بسط التهاب غبیہ میں یہ تو تر کوئی خاص اہمیت نہیں رکھتا۔ اور مختلف تشخیصی طریقوں سے اس کا پتہ بھی نہیں چلتا۔ مگر جب جسم ہڈی کا التهاب بہت زیادہ ہو تو مائی رطوبت کے اندر اجزاء بیضیہ بہت زیادہ بڑھ جاتے ہیں جسکی وجہ سے اس کا اخراج شکل ہوتا ہے اور تو تر میں بڑھ جاتا ہے۔ اسی وجہ سے مئیائی کے خراب ہونے کا خطرہ بہت رہتا ہے اس کی طرف معالجین کو فوراً توجہ کرنا چاہئے۔

جوانمائی ترشحات جسم دہلی وغنیہ سے بنتے ہوئے ہیں ظاہر ہے کہ ان ساختوں کے نزدیک بہت ہوتے ہیں۔ اسی لئے ان کی وجہ سے غنیہ پر ہلکی سی معدنی پیدا ہو جاتی ہے۔ جو مدد مین کو بھی بھر دیتی ہے۔ گویا کہ اس کی وجہ سے مینائی کو سخت نقصان پہنچتا ہے۔ اس کے علاوہ یہی ترشحات غنیہ کی قعر سطح کو مدنی غلاف سے متعلق کر دیتے ہیں جس کی وجہ سے مستقل طور پر غنیہ اپنی جگہ پر قائم ہو جاتا ہے۔ اور مدد مین کی حرکات معدوم ہو جاتی ہیں۔ اگر ابتدائی درجات ہی میں مین کی آنکھ میں ایٹروپین کا متوال شروع کر دیا جائے تو مدد مین پھیل جاتا ہے۔ یہ ضرور ہے کہ ایسی حالت میں مدد مین کا غلبہ اس قدر جلد نہیں ہوتا، جتنا جلد سے طبعی حالت میں ہوا کرتا ہے۔ کیونکہ آہنی سختی میں ترشحات کے بھر جانے کی وجہ سے اس کی حرکات میں نمایاں تغیر ہو جاتا ہے۔ اگر ہم مسلسل طریقہ پر ایٹروپین استعمال کرتے رہیں تو ممکن ہے کہ غلاف مدنی سے غنیہ کا اتفاق ٹوٹ جائے اور پھر مکمل طور پر مدد مین پھیل سکے۔

التهابی ترشحات چونکہ بہت جلد سنجہ میں تبدیل ہو جاتے ہیں، التهاب غنیہ میں وراثت سے کم التهاب جسم دہلی میں یہ تبدیلی خصوصیت کے ساتھ جلد ہوتی ہے اسی لئے اس کو ہم التهاب کٹون Plastic inflammation کہتے ہیں اگر التهابی ترشحات کو ایٹروپین ال کرنا توڑا جائے تو یہ الیاف میں بہت جلد تبدیل ہوتے ہیں۔ پھر اس وقت ایٹروپین آنکھ ہرگز نہیں توڑ سکتی۔ اگر یہ صورت پیدا ہو گئی ہو تو اس کو ہم موخر الصاق غنی Posterior synechie کہتے ہیں۔ اس صورت میں اگر آنکھ کے اندر ایٹروپین ڈالی جائے تو مدد مین کے صرف دو حصے پھیلے ہیں جنہیں الصاق نہیں ہوا ہوتا۔ ایسے حصے سے مدد کی بنیاد بے قاعدہ ہوتی ہے۔ گویا کہ بے قاعدہ مدد مین کسی رقیق التهاب کی علامت ہو سکتا ہے۔ اگر ان صورتوں میں کوئی باسط مدد دوانہ بھی ڈالی جائے تو یہی مدد مین بے قاعدہ سا نظر آتا ہے جس کی وجہ یہی ہے جو بیان کی جا چکی۔

تشخیص کے لئے آنکھ میں، ہوم ایٹروپین، ڈالنا چاہیے۔ مدد کے پھیلنے پر صحیح حالت کا اندازہ ہو جائے گا۔ ترشحات جب الیاف میں تبدیل ہو جاتا ہے اور یہ الیاف غنیہ کی سطح پر سکتے ہیں تو مدد مین پر غنیہ کے نیچے سے رنگین بشرہ وٹ کر اوپر کو آ جاتا ہے۔ ابتدائی علاج میں غنیہ کی موخر سطح کا الصاق مدد کے ساتھ نیچے کے حصے میں پیدا ہوتا ہے۔ کیونکہ قانون ثقل کے ماسکت ترشحات نیچے کو پہنچ جاتے ہیں۔

غنیہ کے التهاب کٹون کی شدید صورتوں میں یا بار بار بوٹے ڈالنے التهاب کی صورت میں ممکن ہے کہ مدد مین

ایک خاص مدد کے مقدم غلاف سے ملحق ہو جائے۔ اگر یہ صورت رونما ہو تو اس کو ہم قطعہ نما الصاق

کہتے ہیں۔ بات آنکھ کے واسطے بہت زیادہ



شکل منبہر

مدد میں بند رکھا یا گیا ہے اس میں غلبہ سانسے کو چوں باہر
اس و آرس بے بھی کہتے ہیں۔

خفہ ناک ہوتی ہے سی طرح دو حالتیں

ہن میں بتا ہے یہ وہ بین بین ستوں

کی بنائی ن میں ہی مددنی خفہ کا ترشح

نسیجوں میں تبدیل ہو کر یہی الصاقی

حالت پیدا کر دیتا ہے۔ یہی صورت میں مدد کے ملا ایک سفید جھلی سی معلوم ہوتی ہے۔ اس حالت کو مطلقہ میں مددنی

کہتے ہیں۔ اس صورت میں غلبہ کا محیطی حصہ بہت پیچھے ہٹ جاتا ہے جس کی وجہ سے خزانہ مقدم کی گہرائی

Occlusio pupillae

محیط میں بڑھ جاتی ہے اور بعض اوقات مرکزی حصہ سے بھی زیادہ گہرا ہو جاتا ہے۔ عام طور پر غلبہ کے التهاب کو ہم شدید

علمی ستاب یہ عارضہ زرق المار سمجھ کر غلطی کر جاتے ہیں لیکن مذکورہ امور کو گہرائی زمین نشین کریں تو اس کی تشخیص اتنی

سے ہو سکتی ہے۔ التهاب غلبہ کو زرق المار سمجھ لیں اس قدر غش غلطی ہے کہ اس کی تدبیر ممکن نہیں۔ کیونکہ دونوں مرض

کا علاج ایک دوسرے کے متضاد ہے۔ التهاب غلبہ میں مدد میں سے انبساط کی ضرورت ہوتی ہے اور مدد میں کا انبساط

زرق المار کے مریض کی بنیادی کو ہمیشہ کے لئے خیر بدکنے کا مترادف ہے۔ لہذا ذیل میں ہم ان دونوں کی تشخیص فرقہ

کے متعلق چند باتیں ممبر دار تحریر کرتے ہیں۔

زرق المار

بیشہ تو تر میں زیادہ ہوتا ہے اور بڑھتا رہتا ہے۔ بالآخر

آنکھ پتھ کی طرح سخت ہو جاتی ہے۔

مدد میں پیدا ہوا۔ بینونی شکل کا ہوتا ہے اور اس کا

عمودی قطر بڑا ہوتا ہے۔

بنیادی بہت زیادہ خراب ہو جاتی ہے اور آخری بیچ میں کل نکل ہو جاتی ہے۔

التهاب غلبہ

۱۔ تو تر میں کبھی اتن نہیں بڑھتا کہ محسوس ہو سکے۔ مگر جب

اس کے ساتھ التهاب بھڑھ رہی بھی موجود ہو تو اس وقت

تو تر میں کی زیادتی احساس کی مدد تک پہنچ جاتی ہے۔

۲۔ مدد میں تنگ ہوتا ہے اور بے قاعدہ پایا جاتا ہے۔

۳۔ بنیادی میں کمی ہو جاتی ہے مگر نہایت خفیف۔

زرق المار

عاد زرق المار میں درد شدید ہوتا ہے اور یکایک شروع ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ سنے کا ہونا بھی ممکن ہے۔

التهاب غنبيه

۴۔ درد ہوتا ہے مگر اس قدر شدید نہیں ہوتا جتنا کہ زرق المار میں

پہلی ۱۱ علامتیں مری ہیں۔ بااوقات ایسے مریض ملتے ہیں کہ جن میں تجربہ کار معالج بھی دھوکا کھا جاتے ہیں مندرجہ ذیل طریقہ سے ہم بتا سکیں اس کی تشخیص کرسکتے ہیں، ہوم ایٹروپین محلول جس کی طاقت ۲ فی صدی ہو آنکھ میں ڈالا جائے اگر التهاب غنبیہ ہوگا وحدۃ مین کی بے قاعدہ گیاں ظاہر ہوں گی اور موخر سطح کے الصاق کی وجہ سے اس کی شکل مخصوص ہوگی گرزرق المار ہوگا تو پتی نہایت آہستہ آہستہ سستی کے ساتھ پھیلے گی۔ اور باقاعدہ ہوگی۔ باسط وحدۃ دوا ڈالنے سے توتر میں بڑھ جاتا ہے۔ اگر یہ طریقہ پر زرق المار کی تشخیص کریں تو فوراً ایک فیصدی کا ایٹروپین محلول آنکھ میں ڈال کر ہوم ایٹروپین کے عمل کو باطل کر دیں تشخیصی ضرورتوں میں ایٹروپین کا استعمال مناسب نہیں ہے کیونکہ اس کا عمل ایٹروپین سے نہیں باطل ہوتا۔ مذکورہ متحان میں اگر معلوم ہو کہ زرق المار موجود ہے تو فوراً عمل جراحی کے ذریعہ غنبیہ کا ایک حصہ کاٹ کر علیحدہ کر دیں۔

استہاب غنبیہ کی احساسی علامات کو ہم مکرر یاد دلانے ہیں۔

(۱) درد محسوس ہوتا ہے جو آنکھ کے علاوہ پیشانی میں بھی پایا جاتا ہے۔

(۲) بینائی میں کمی ہو جاتی ہے کیونکہ خزانہ مقدم گنڈلا ہو جاتا ہے اور وحدۃ مین میں ترشح مجتمع رہتا ہے۔

مرئی علامات حسب ذیل ہوتی ہیں۔

(۱) وحدۃ تنگ اور تشیف ہوتا ہے اور اس کی شکل بے قاعدہ ہوتی ہے۔

(۲) باسط وحدۃ دوا ڈالنے سے موخر الصاق کا پڑ جاتا ہے۔

غنبیہ کی موخر سطح کے الصاق کو خورہ کے غلاف سے چھوڑانے کے لئے اگر شروع ہی سے ایٹروپین ڈالی جائے تو زیادہ مناسب ہے۔ ایسا کرنے سے وحدۃ مین باقاعدہ رہ سکتا ہے اگر کمزور الصاق کو ایٹروپین ڈال کر توڑ دیا جائے تو مقام ماؤف پر ایک نقطہ کی شکل قائم رہ جاتی ہے اور یہ نقاط وحدۃ مین کے پھیلنے پر عدسی غلاف کی مقدم سطح پر دکھائی دیتے ہیں یہ سفید بھی ہو سکتے ہیں اور رنگین بھی۔ ان میں سفیدی لطف کے انجماد سے پیدا ہوتی ہے۔ اور رنگ اس وقت پیدا ہوتا ہے جبکہ

یہ وہ ہیں کے ترسے لعان کو توڑا جائے عموماً غنہ کے رنگین بشرہ کا حصہ اس مقام پر لگا رہتا ہے۔ یہ نشانات ہمیشہ باقی رہتے ہیں اور گزشتہ انتہاب کا پتہ دیتے ہیں۔

ہم یہ پہلے بتائے ہیں کہ غنہ کی پشت پر غنہ کے ساتھ ہنگیہ کا رنگین بشرہ مضبوطی کے ساتھ قائم رہتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اصاقات کے ٹوٹنے کے بعد کچھ حصہ رنگین بشرہ کا مف سے مادہ تباہ ہو جاتا ہے اور مدسی پر رہتی رہ جاتا ہے۔

غنہ گندلا ہوتا ہے۔ اس کا نقشہ صاف نہیں نظر آتا۔ اختفات دھوی قاص موربہ قنیہ کے محض صلیبہ کے حصہ میں پایا جاتا ہے۔ غزانہ مقدم میں ترشحات چونکہ اس کو گندلا کر دیتے ہیں۔ اور مدتی قنبہ غنہ کے دپرہ کی صورت میں جم جاتے ہیں۔ مذکورہ باتیں انتہاب غنہ کی خاص علامتیں ہیں۔

غنہ کے انتہاب کا دور اس کی شدت کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ انہوں شدید انتہاب ۳ یا ۴ ہفتہ میں زائل ہو جاتا ہے۔ اگر غیر دہین کے ڈالنے پر اس کا رد عمل تیز اور زوردار ہو تو اس کو ایک چھی مدت سمجھنا چاہیے۔ کیونکہ شدید انتہابی حالتوں میں مدتی کے مدد پر اس کا اثر بالکل نہیں ہوتا۔ یا بہت ہی خفیف ہوتا ہے کہ مدد میں پوری طرح پھیل جائے تو اس کا اثر کچھ بہتر ہوتا ہے اور درد و امتقان دوری میں کمی جاتی ہے۔

فرمن حالتوں میں جسم بہت زیادہ ماؤف ہوتا ہے۔ گویا کہ فرمن حالت میں غنہ کے ساتھ بدبویہ کا بھی انتہاب پایا جاتا ہے۔ مگر اس میں انتہابی علامتیں کم ہوتی ہیں۔ مبنائی مسلسل طور پر کم ہوتی رہتی ہے۔ اور سالہا سال تک یہی سلسلہ جاری رہتا ہے۔

انتہاب غنہ وہ بدبویہ کی مخصوص علامت یہ ہے کہ یہ انتہاب بار بار عود کرتا ہے جس کی وجہ صرف، لعانی حالت نہیں بلکہ مرض کے عمومی اسباب بھی ہیں جو جسم کے اندر موجود رہتے ہیں ہر مرتبہ عود کرنے والا انتہاب پہلی حالت سے کم شدید ہوتا ہے۔ مگر اپنا کچھ نہ کچھ اثر باقی چھوڑتا ہے۔ اور مبنائی کم ہوتی جاتی ہے۔

اگر انتہاب غنہ کی حالت کا علاج شروع ہی میں کیا جائے تو غنہ بہت جلد اپنی اہل حالت پر آ جاتا ہے۔ ترشحات جذب ہو جاتے ہیں اور اصاقات ٹوٹ جاتے ہیں۔ ان اصاقات کے نشانات بھی اس قدر خفیف ہوتے ہیں کہ ان کے باوجود مبنائی قائم رہتی ہے۔ اور اگر جلد اس کا مناسب علاج نہ شروع کیا جائے تو معمولی حالتوں میں بھی نہایت خراب نتائج نکلتے ہیں اور شدید حالتوں میں تو علاج کے باوجود بھی بہتری کی کوئی امید نہیں ہوتی۔ اس کی زیادہ توجہ یہ ہو کرنی ہے کہ علاج کے

پس بعض اسوقت نہایت جب کہ یہ وچین کے استعمال سے نتائج بہ ترتیب کا وقت گزر جاتا ہے۔ لہذا جہاں تک ہو سکے
یہ وچین کا ستوں پہ شروع کرنا چاہیے تاکہ حدہ میں کے درمیان لمغادی ترشح بھج نہ ہو سکے اور غنہ کی موخر سطح غلظت
حدہ کے ساتھ ملحق نہ ہو جائے۔ جب غلظتی سے معاینہ اس کا استعمال جلد شروع نہیں کرتے تو مذکورہ دونوں صورتیں پیدا
ہو جاتی ہیں۔

اس مرض کے برے نتائج میں سے غنہ کا حلقہ نما الصاق بھی ہے۔ اگر اس کو مناسب تدابیر سے توڑ نہ دیا جائے تو
ذرق المار کا خاص سبب بنتا ہے جس کی وجہ سے بنیائی بالکل ضائع ہو جاتی ہے۔ اس حلقہ نما الصاق کی وجہ سے زو، اندر ہیرہ
سے ترشح ہونے والی، فی رطوبت خزانہ موخر سے خزانہ مقدم کے اندر نہیں پہنچتی۔ بلکہ خزانہ موخر ہی میں مجتمع ہوتی رہتی
ہے جس کی وجہ سے طبقہ غنہ بھول کر خزانہ مقدم میں ابھرتا ہے۔ اس حالت کو ہم انفلخ غنہ *Iris bombe* کہتے
ہیں۔ اسوقت اگر خزانہ مقدم کو سامنے کی طرف سے دیکھا جائے تو یہ قیف کے مانند دکھائی دیتا ہے یعنی مرکز میں گہرا
اور محیطی حصہ اٹھلا ہوتا ہے۔ چونکہ طبقہ غنہ - قرنیہ اور صلیبیہ سے ملحق ہو جاتا ہے۔ اس لئے ارتشاحی زاد یہ مسدود ہو جاتا
ہے۔ اور اسی وجہ سے فی رطوبت آنکھ کے اندر جمع ہوتی رہتی ہے اور تو تر میں بڑھ جاتا ہے۔ حدہ میں کے اندر لمغادی
ترشحات جم کر ایک جھلی سی بنا دیتے ہیں جس سے حدہ میں کا سورخ بند ہو جاتا ہے اس جھلی سے روشنی کے راستے میں
لگاوٹ پیدا ہوتی ہے اور بنیائی بالکل خراب ہو جاتی ہے۔ ان حالات کے ساتھ ساتھ جسم ہر بی کا کون التهاب بھی موجود
ہوتا ہے۔ اسی لئے آنکھ کی بنیائی ہمیشہ کے لئے ناقابل تلافی طور پر نفع ہو جاتی ہے۔ غنہ کا التهاب بار بار عود کرنے کی
وجہ سے ضرور میں، حق ہوتا ہے۔ ضرور کی وجہ سے غنہ کا رنگ خراب اور خاکستری ہو جاتا ہے۔ اس رنگ کی مشابہت
جاذب یا فیلٹ *Felt*، کپڑے کے ساتھ ہوتی ہے۔ منہجاً عروق دموی کے مقامات پر مستقل طور پر سرخی نظر آتی ہے
اور چونکہ یہ عروق دموی نئے پیدا شدہ ہوتے ہیں اس لئے شعاعی حیثیت نہیں رکھتے۔ مذکورہ خرابیوں کے علاوہ غنہ کی حدتی
کنارہ باریک ہو جاتا ہے اور اس کے اندکاسات بھی کم ہو جاتے ہیں۔

التهاب غنہ کے اقسام

۱۔ ابتدائی التهاب غنہ - *Primary initis*

۲۔ ثانوی التهاب غنہ - *(Secondary)*

ابتدائی التهاب غنبیہ | عمومی سو، مزاج کی وجہ سے رونما ہوتا ہے۔ آتشک اس کا سب سے بڑا سبب ہے۔ اس کے علاوہ سوزاک، تدرن، ذیابیطس وغیرہ کی وجہ سے بھی پیدا ہوتا ہے۔

بعض ماہرین نے قمرس اور طفولیات جلد، Acute exanthemata کی وجہ سے قمرس قرار دیا ہے۔ وہ کہتا ہے کہ شریک کے طور پر التهاب غنبیہ ہمیشہ پایا جاتا ہے۔

آتشکی التهاب غنبیہ Syphilitic iritis | آتشکی التهاب غنبیہ کی دو قسمیں ہیں۔ ایک ہیسٹو سٹیکٹن جو آتشک کے دوسرے درجہ میں ظاہر ہوتا ہے یعنی طفولیات بعدی سے بعد۔ آتشک کا مددی جسم میں داخل ہونے کے پچیس ہی سال میں یہ مرض لاحق ہوتا ہے مگر ابتدائی مدوی کے بعد تین مہینے سے قبل نہیں ظاہر ہوتا۔ بعض اوقات اس مرض میں کوئی خصوصیت نہیں ہوتی۔ کبھی اس مرض میں غنبیہ پر آتشکی گرہیں نمودار ہو جاتی ہیں جن کا ذکر بعد میں کیا جائیگا۔ آتشکی التهاب دوسرے آٹھ ہفتہ تک رہتا ہے۔ در دوبارہ نمودار نہیں کرتا۔ گویا کہ اعادہ کے لحاظ سے یہ تقریبی التهاب سے مختلف ہوتا ہے۔

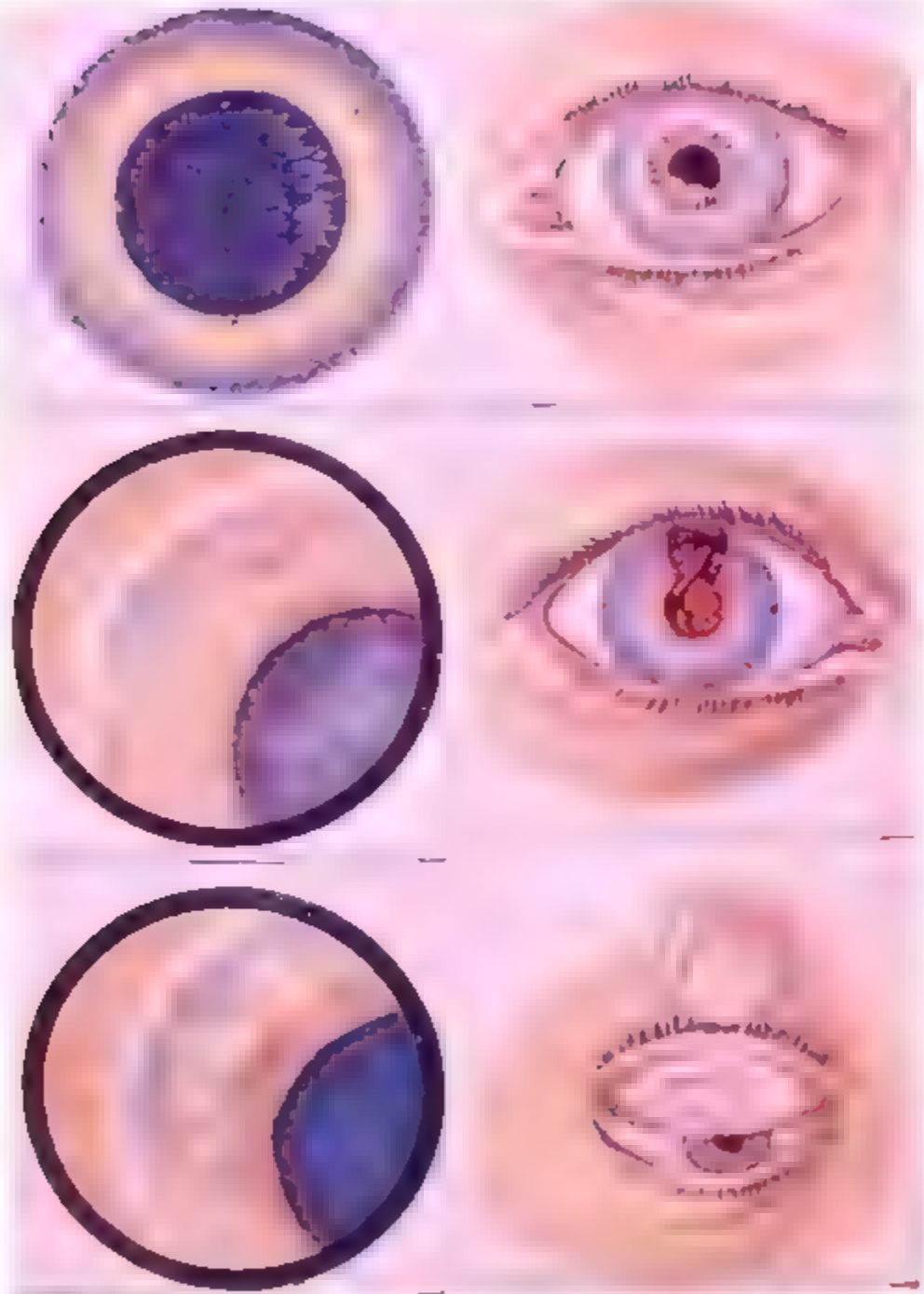
آتشک کے مریض ۲-۴ فی صدی اس مرض میں مبتلا ہوتے ہیں۔ اور التهاب غنبیہ کے مریضوں میں سے ۲۵ فی صدی سے لے کر ۳۰ فی صدی تک ان کے التهاب غنبیہ کا ذمہ دار مرض آتشک ہی ہے۔ یہ مرض صرف ایک آنکھ میں ہوا کرتا ہے لیکن جلد یا دیر میں دوسری آنکھ بھی ماؤف ہو جاتی ہے۔ آتشک کے علاوہ دوسرے اسباب سے جو مریض التهاب غنبیہ میں مبتلا ہوتے ہیں ان کے ۱۰ فی صدی میں یہ مرض ایک آنکھ میں لاحق ہوتا ہے۔ یہ التهاب دوں میں زیادہ۔ عورتوں میں کم لاحق ہوا کرتا ہے اور تمام مریضوں کی مجموعی تعداد میں سے ۲۰ کی عمر ۲۰-۴۰ سال کے درمیان ہوتی ہے۔ اس کی تشخیص کے واسطے تفاعل واسرمانیہ بہت ضروری ہے۔ خزانہ مقدم کا امتحان کرنے پر اس میں علزہ آتشکی پائے جاتے ہیں فلفلی آتشک کے مریضوں میں قرنیہ کے مٹلی التهاب کے ساتھ بھی غنبیہ کا بسیط التهاب کون دیکھا گیا ہے۔ یہ التهاب فلفلی آتشک واسے خورد سال بچوں میں پیدا ہوتا ہے۔ مگر یہ ضروری نہیں کہ انہیں قرفی عوارض بھی موجود ہوں غنبیہ پر بڑی بڑی گرہیں اور امصنی کی صورت میں نمودار ہو جاتی ہیں۔ چھوٹے بچوں میں چوٹ کی وجہ سے بھی غنبیہ کا التهاب پیدا ہو جاتا ہے بعض اوقات پیدائش کے بعد فوراً دیکھا جاتا ہے جس کے متعلق ماہرین کا خیال ہے کہ دوران حمل میں اس کی ابتدا ہوتی ہے۔ عام طور پر بچوں میں ۵ سے ۶ ماہ تک اس کی ابتدا ہو کرتی ہے۔

چھوٹی رگیوں میں چھوٹے بچوں سے زیادہ اور نصف بچوں میں صرف آنکھ کے اندر لاحق ہوتا ہے۔

اکتابی آتشک کے مریضوں میں ثانوی درجہ کے آخری غبئیہ کا التهاب پیدا ہوتا ہے۔ شاید زیادہ تیسرے درجہ میں بھی پیدا ہوتے ہوئے دیکھا گیا ہے۔ ان مریضوں میں مدتی اور عظمی کنارے کے نزدیک زردی مائل سرخ گرہیں نمودار ہو جاتی ہیں۔ گردریانی مقامات پر یہ بالکل نہیں ہوتیں۔ یہ گرہیں تعداد میں ایک سے زیادہ ہوتی ہیں اور ان کا حجم آپس کے سرے کے برابر اور اس سے بڑا بھی ہوتا ہے۔ ماہرین اس حالت کو ورم ٹوٹوئی حولی لشرح سے تشبیہ دیتے ہیں گویا کہ یہ تکلیفیں ہر درجہ میں پیدا ہو سکتی ہیں۔ اگر ثانوی درجہ میں ظاہر ہوں تو ان کو ورم ٹوٹوئی حولی لشرح اور تیسرے درجہ میں ظاہر ہوں تو ان کو اورام صفنی (Gumma) کہتے ہیں۔ مگر ان کے مختلف ناموں کے متعلق ہمارے پاس کوئی معقول وجہ نہیں ہے لہذا بہتر ہے کہ ہم سب اقسام کا نام اورام صفنی ہی رکھیں۔

غبئیہ کے صفنی اورام میں ترشح بہت زیادہ ہوتا ہے۔ اور چوڑے چوڑے رقبوں کی صورت میں الصاق پیدا ہو جاتا ہے۔ آتشکی گرہوں کو غلطی سے دودھ بھی تشخیص کیا جاتا ہے۔ اور بعض اوقات یہ گرہیں سلعات معلوم ہوتی ہیں۔ لہذا یہ یاد رکھنا چاہئے کہ سلو کی حالت میں غبئیہ پر صرف ایک گرہ نمودار ہوتی ہے اور اس کے ساتھ التهاب غبئیہ بالکل نہیں پایا جاتا کبھی یہ گرہ غبئیہ سے تجاوز کر کے قروئی و صلی جوار اتصال پر پیدا ہوتی ہے جس کی وجہ سے آنکھ کے اندر سوراخ ہو جاتا ہے اگر اس التهاب سے پیچھے غبئیہ کے اندر دوسرے عوارض پیدا ہو چکے ہوں تو ان مقامات پر غبئیہ کی اساسی نیشوں سے رنگ کم ہو جاتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ نیشیں کھینچ کر تن جاتی ہیں غبئیہ کے ہر بی رقبہ میں خصوصاً عیصلات کے نزدیک سفید نثانات آتشک کے ابتدائی درجہ میں بغیر کسی صنی التهاب کے ظاہر ہو جاتے ہیں۔ آتشکی نساد کی وجہ سے عروق دومی کے غلات دبیز ہو جاتے ہیں جس سے یہ عروق سفید لکیر معلوم ہونے لگتے ہیں غبئیہ کے عضلی الیاف کا تنو یعنی الیاف میں خصوصیت کے ساتھ پیدا ہو کر مدتی کنارے پر ضروری رقبوں کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے یہ آتشک کی بڑی دلیل ہے۔

آتشکی التهاب غبئیہ میں بنیائی کا زیادہ حصہ ہمیشہ ضائع ہو جاتا ہے۔ اورام صفنی کی حالت میں جب بنیائی خراب ہو تو تدریجاً صنی خراب ہوتا ہے یعنی بنیائی کا دوسرا حصہ آتشک کے مریضوں میں جب التهاب غبئیہ رونما ہو تو اس کا مطلب یہ ہے کہ مرض شدید ہے۔ ماہرین کا خیال ہے کہ جن مریضوں میں التهاب غبئیہ پایا جائے ان میں عصبی آتشک



(۱) مادہ الشکی جو کہ حدائی کنارے کے نزدیک عنبیہ کے
 مدنیہ سے مدنیہ کے اندر سے پھیلنے لگا ہوا ہے۔ اس کو مادہ الشکی
 کہا جاتا ہے اس میں کچھ مادہ عنبیہ کے اندر سے پھیلنے لگا ہوا ہے اور کچھ
 اس کی خوراکوں سے مادہ الشکی کے اندر سے پھیلنے لگا ہوا ہے۔ اس کو
 مادہ الشکی صلب کہا جاتا ہے۔ اس میں مدنیہ کے اندر سے پھیلنے لگا ہوا ہے
 چاہے کہ بعد از مدنیہ مدنیہ سے پھیلنے لگا ہوا ہے۔ اس کو مادہ الشکی
 اور الشکی مادہ نظر آتا ہے •



- (۱) عادی کا تدارق •
- (۲) چوٹ کی وجہ سے عادی شق ہو گیا ہے •
- (۳) عادی میں سوائچ عادی پر بن گیا •
- (۴) نکل آیا ہے •
- (۵) عادی پر بالکل عادی شق ہو گیا ہے •

شدید طور پر دردناک ہوتے ہیں۔

سوزاکی التهاب غنہیہ (Gonorrhoeal iritis) التهاب سوزاکی بہت زیادہ دیکھنے میں آتا ہے جن عینوں کے مفاصل میں سوزاکی التهاب ہو ان میں خصوصیت کے ساتھ پایا جاتا ہے کبھی یہ التهاب مفاصل کے ساتھ کے رشتہ دار ہوتا ہے خصوصاً جبکہ مفصل رکبی، دُف ہو چکا ہو۔ خاص علامت اس کی کوئی نہیں ہوتی۔ مرن سوزاکی یا درم مائل کی حالت میں بار بار عود کرتا ہے۔ یہ امر متیقن ہے کہ اس کے جزائیم دوران خون کے ذریعہ غنہیہ میں پہنچ کر التهاب کا باعث بنتے ہیں تقریباً ہمیشہ مردوں میں پایا جاتا ہے۔ دونوں آنکھیں دُف ہو کر آتی ہیں۔ عموماً ایک دو دنوں کے وقت میں دُف میں ہوتی ہیں۔ زجاجیہ کے اندر اگر غیر شفاف گائے آتے ہوئے نظر آویں یا ایک جگہ پر قائم ہوں تو اس کا مطلب یہ ہے کہ مرن جسم میں بی تک پہنچ چکا ہے۔ شیمیہ تک اس مرض میں شاذ و نادر ہی فوبت پہنچتی ہے۔ بعض اوقات التهابی مخرج جو خزانہ مقدم میں ہوتا ہے وہ جلی سے مشابہت رکھتا ہے۔

التهاب غنہیہ رشیہ (Rheumatic iritis) التهاب غنہیہ واسے مرضیوں میں گر سوزاکی یا آتشک کا پتہ نہ مل سکے اور ان کے خون کا واسطہ مانہ تفاعل بھی منفی ہو تو وجہ مفاصل کے متعلق تحقیق کرنا چاہیے۔ مرن بیان کرتا ہے کہ اس کے عضلات و مفاصل میں درد رہ چکا ہے جس کے ساتھ بخار بھی آتا تھا۔ درم مفاصل کے ساتھ التهاب غنہیہ بہت ہی کم پایا جاتا ہے۔ ان مرضیوں میں بعض اوقات نقرس کا مرض ضرور ہوتا ہے۔ ہم کو اب تک ان امراض کا تعلق التهاب غنہیہ کے ساتھ مکمل طور پر معلوم نہیں ہو سکا مگر ہے کہ وجہ مفاصل اور التهاب غنہیہ دونوں جسم کے اندر کسی عصبی مرکز مثلاً منہ، ناک، اعضاء وغیرہ سے سمیت کے انجذاب سے پیدا ہوتے ہوں، ان حالتوں میں التهاب کون پایا جاتا ہے جو متوسط درجہ کی شدت رکھتا ہے۔ عموماً دونوں آنکھوں میں ہوتا ہے اور اس کا اعادہ مفاصل کے درد کے ساتھ تعلق رکھتا ہے۔ اس کے ساتھ ساتھ ممتد اور ملبیہ کی سطحی نیچوں میں دموی احتقان پایا جاتا ہے۔

سن رسیدہ اشخاص میں التهاب غنہیہ نقرس کی وجہ سے ہوتا ہے۔ ان میں نقرسی درد عموماً رات کو یکایک شروع ہوتا ہے بعض اوقات اس سے عارض نقرس کی ابتدا ہوتی ہے۔

ذہبیطی التهاب غنہیہ (Diabetic iritis) ذہبیطی کی وجہ سے غنہیہ کا التهاب بہت کم پایا جاتا ہے ہمارے خیال میں اس التهاب کی وجہ بھی نقرس ہے۔ فرق اس میں اور اول الذکر میں صرف اتنا ہے کہ اس کے مرن کو

نیز، جس بھی رقیق ہوتا ہے اس حالت میں غنیہ کے اندر سے اور بڑے بڑے عروق دھوی پیدا ہو جاتے ہیں۔ ترشح کا دباؤ سے سطح پر بہت جلد مصل سی بن جاتی ہے۔ کبھی کبھی خزانہ مقدم میں صدیدی ارتشاح پایا جاتا ہے۔ عموماً اس کا دور بہت شدید نہیں ہوتا۔

درنی التهاب غنیہ - Tuberculous iritis، قدرت عمومی اور خصوصیت دونوں صورتوں میں ملنے والی عمومی کی حالت میں غنیہ پر زردی مائل سفید گره یا دانہ پیدا ہوتا ہے جس کے ارد گرد چاروں طرف چھوٹی چھوٹی گرہیں پائی جاتی ہیں۔ آتشکی ظواہر کی طرح درنی گرہیں بھی عدتی یا ہڈی کنارے پر پیدا ہوتی ہیں۔ ابتدائیت میں بہت چھوٹی، خاکستری رنگ کی نیم شفاف ہوتی ہیں۔ قرنیہ کی موخر سطح پر رسوبی نقاط پائے جاتے ہیں جو اس میں خبر دیتے ہیں کہ جسم ہڈی ماؤف ہو چکا ہے (Conglomerate) حالت میں ایک بڑا زردی مائل سفید دور ہوتا ہے جس کے گرد کبھی چھوٹے چھوٹے دوسرے درنے موجود ہوتے ہیں اور کبھی نہیں ہوتے۔ ان گرہوں میں گرہ غنیہ پائے جاتے ہیں۔

ان گرہوں کی صورت میں غنیہ میں اتنا التهاب نہیں پایا جاتا جتنا کہ آتشکی، درام صمغی کی موجودگی میں مرتبہ تاہم غنیہ متہب ضرور ہوتا ہے۔ غلطی سے اس حالت کو ہم اورام صمغی یا سلونہ شبیہ سمجھ سکتے ہیں۔ مگر مریض کے حالات اورام صمغی سے اسرارمانیہ کے منفی ہونے سے آتشک کا شبہ رفع ہو جاتا ہے۔ سلعہ سے اس کی تشخیص اس طرح ممکن ہے کہ اس میں ایک گره سے گرد چھوٹی چھوٹی اور گرہیں بھی ہوتی ہیں۔ اور ان گرہوں کے اوپر عروق دھوی بالکل نہیں ہوتے۔ اس کے علاوہ مریض کی عمر وغیرہ غنی التهاب کا موجود ہونا اس امر کی خاص دلیل ہیں کہ یہ سلعہ نہیں۔ سلعہ تکمیلیہ شبیہ غنیہ پر بہت ہی شدید اور دور صورتوں میں دیکھنے میں آتا ہے۔

غنیہ کے کوکب درنی التهاب میں قرنیہ و صلبیہ خزانہ مقدم کے زادیہ کے اوپر ماؤف ہوتا ہے۔ اور اس مقام پر نکتہ شبیہیں پتی پڑ جاتی ہیں۔ دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہے کہ اس مقام پر مقدم میں کمزور ہو جاتا ہے۔ اور تو ترہین کے دباؤ کو برداشت نہیں کر سکتا جس کی وجہ سے باہر کو ابھرتا ہے اور آخر میں اس کے اندر سوراخ ہو جاتا ہے۔ درنی سائین سوراخ سے باہر نکلتی ہیں۔ اس طرح غنیہ کا ایک بڑا حصہ باہر کو نکلا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ باقی خزانہ صناع ہو جاتی ہے جن مریضوں میں اس کی تشخیص میں کوئی شبہ ہون میں فان پرکیت کا رد عمل پیدا کر سکا دیکھنا چاہئے۔ اس کو مثبت نتائج

نت پچوں میں ہمیت رکھتا ہے۔ اگر تھل مل یعنی بوتوس کا مطلب ہمیشہ یہ ہوتا ہے کہ یہ مرض نہیں ہے۔

اصلی انتہا، غشیہ (Seroasitis) - ناب منبہ میں صرف مضمی ترشح ہوتا ہے۔

(ثانوی التهاب غشیہ کا ذکر آگے آئیگا)

خلاج - صبح کا صبح، صبح تکیدہ درجہ میں کہ ناب منبہ سے تھل کے سے بڑک رہا ہو، یہ مدد

سے ایردچین نکال سکتا ہے۔ یہ وچین سے مندرجہ ذیل نوہ پوچھتے ہیں۔

۱۔ غشیہ و جسم پر بی کوثر مہمات ہے۔

۲۔ اختقان دموی کم ہو جاتا ہے۔

۳۔ موخر استساقات ٹوٹ جاتے ہیں اور غشیہ ٹوڑا ستھق سے محفوظ رہتا ہے۔ اس کے علاوہ ایردچین کا

محل زیادہ استساق نہیں پیدا ہونے دیتا۔ ایردچین کو ایک فی صدی طاقت کے محلول یا مرہم کی صورت میں استعمال

ایا جاتا ہے۔ مندرجہ ذیل وجوہ سے اس کے مرہم کا استعمال زیادہ مناسب ہے۔

۱۔ ایردچین مرہم کا اثر بہت دیر تک قائم رہتا ہے۔

۲۔ اس کا لگانا آسان ہے کیونکہ بغنی کساروں میں لگ جانے سے بھی آنکھ کے نزدیک پہنچ جاتا ہے۔

۳۔ مرہم کے استعمال سے سخی علامات کے پیدا ہونے کا کم خطرہ رہتا ہے۔ بچوں میں ایردچین محلول کے استعمال

سے سخی علامات کے رونما ہونے کا زیادہ خطرہ ہوتا ہے۔

ایردچین کے استعمال سے ظاہر ہونے والی سخی علامات۔

۱۔ آنکھ میں خشکی کا احساس ۲۔ چہرے پر سرخی کا نمودار ہونا ۳۔ ہڈیاں وغیرہ۔

ناخبر بہ کاروگوں کے ہاتھ سے اس کے محلول کے استعمال سے کیفیتیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ دو انقاط ذہنی وغیرہ

سے گذرنی ہوئی ناک اور صحت میں پہنچتی ہے مگر اس کی اتنی مقدار کبھی ملک نہیں ثابت ہوتی جتنی انتہا کے بتدالی

طریق میں ایردچین کو خوب استعمال کرنا چاہئے۔ اس کے محلول کی طاقت کم تر ہائیں بلکہ مقررہ طاقت (ایک فیصدی) کا محلول متعدد

بار استعمال کریں۔ عموماً ہر گھنٹہ کے بعد اس کو آنکھ میں ڈالنا مناسب ہے۔ جب مدد عین خوب پھیل جائے تو دن میں تین

مرتبہ اس کے محلول کو آنکھ میں ڈالنا کافی ہوتا ہے۔ اگر اس کے استعمال سے خراش پیدا ہونا شروع ہو تو اس کے بجائے

ہیوسین Hyoscin یا ڈوبو سین Duboisin سکوپول میں Scopolamin استعمال کریں۔ نگران دواؤں کے ساتھ
۱۰ سے ۱۵ فی صدی وقت کا ڈیونین Dionin محلول بھی استعمال کرنا ضروری ہے۔

گرم نمک سے مرین کو بہت گرم ملتا ہے۔ کیونکہ اس سے درد بند ہو جاتا ہے۔ دھوی اور لمبا دی دوران میں تیزی
آجانی ہے۔ مذاکرم بیک محلول سے آنکھ کو دھوئیں۔ آنکھ بند کر کے اجھان کی سطح پر خشک گرمی پہنچانے سے بھی یہی فائدہ
پاس ہوتا ہے۔ اس قسم کے نئے گرم سنٹ دردی کا پہل یا نامہ، یا گرم تول وغیرہ کا انتظام مناسب ہے شدید حالتوں میں
یا جب ایہ دھین کا کوئی اثر نہ دیکھیں پر نہ ہوتا ہو تو اس وقت کپنی ڈپر چونک لگو انے سے بہت فائدہ پہنچتا ہے۔ مگر یہ خیال رہے
کہ یہ دنی حقیقت میں سے ذرا ہلکا کر چوئیں لگوئی جائیں۔ آنکھ سے زیادہ دور چونکوں کے لگو انے کا بھی کوئی فائدہ نہ ہوگا۔ لہذا نہ بہت
زیادہ دور کا منہ اس کے دسٹے تجویز کیا جائے اور نہ بہت نزدیک کا۔ کیونکہ زیادہ نزدیک چونک لگانے سے اجھان بہت
زیادہ ہوجاتی ہے۔ اگر درد شدید ہو تو زیر جلدی تلقیح کے ذریعہ جو ہر افون Morphia استعمال کیا جائے۔ اسپرین کے
استعمال سے بھی درد میں فوری افادہ ہو جاتا ہے۔

عمومی علاج۔ سب سے پہلے تیز مسهل دیں۔ عادی اور شدید مہاجج میں قبض بالکل نہ ہونے دیں۔ اسی طریقہ
چند دنوں کے بعد مسهل دوا میں استعمال کرتے رہیں۔ اس کے علاوہ عمومی علاج کا انتخاب مرضی اسباب پر ہے۔ اگر مرض تشنجی
ہو تو جبکہ بعد ممکن ہو سکے مرین کو پارہ کے اثرات کے ماتحت لے آویں اس مقصد میں عضلی تاقیحات اور جسم پر پارہ کے مرکبات
کی دلت سے خاص طور پر کام لیں محلول سیانی (پر کلورائیڈ محلول) کی وریدی تلقیح سے بھی تکلیف میں بہت مدد کی جاتی ہے
نیوسورسان۔ سلف آرسینال وغیرہ وریدی تلقیح کے ذریعہ استعمال کرائی جائیں۔ یہ دوائیں شاذ و نادر التہاب غنہ کے لئے
بہترین ہیں اور ام غنہ میں بھی ان سے فائدہ پہنچتا ہے مگر اس صورت میں ان کے ساتھ ایوڈائیڈ کا استعمال ضروری ہے
یہ خیال رہے کہ ایوڈائیڈ کا استعمال پارے کے ساتھ ہرگز نہ کیا جائے۔ بچوں میں عادی التہاب غنہ کی حالت پارے
سے استعمال سے بہت بعد بہتر ہو جاتی ہے۔ مگر نطفی آتشک میں اس سے اچھے نتائج مترتب نہیں ہوتے۔ لہذا اس کے
ساتھ عمومی صحت کو بہتر بنانے کے لئے دوسری تدابیر بھی اختیار کی جائیں تو زیادہ مناسب ہے۔ سوزا کی التہاب غنہ میں
سوزا کی دیکسین کی مقیحات سے بہت فائدہ پہنچتا ہے۔

اگر غنہ کے التہاب کا کوئی سبب معلوم نہ ہو سکے یا جب حج مفصل کی شکایت بھی موجود ہو تو ایسی صورت میں

یہ سلیٹس اور اس کے دوسرے مکتبات کو خوب استعمال کریں۔ یہ ۱۰۰ میں نصف ہی حالت میں نہیں بلکہ ذیابیطیس۔
التهاب عنینہ در سوزاکی التهاب عنینہ میں ہی امید بہت جوتی ہیں مذکورہ دواؤں کے استعمال کے مددہ جسم میں غلٹی مریز کی
خاص طور پر تلاش کی جائے۔

مریض کے وقت بہ جانے کے بعد دواؤں کے رنگ کی لینگ لگیں تاکہ روشنی میں چاند کی وجہ سے دھل پیدا
ہو کہ آنکھ میں تکلیف نہ پڑے جو اسے سخت ہو جانے کے چوروز بعد ۱۰۰-۱۵ دن تک یہ دواؤں کو دینا چاہئے۔
ورنہ دوبارہ مریض کے لئے وہ کا خطرہ ہے۔

عنینہ کے دورانی التهاب کے لئے مقامی علاج بعینہ وہی ہے جو دوسرے التهاب کا۔ اس میں بھی تھوپی سخت و بہت
بنانے والی جلد تداویر پر عمل کیا جائے۔ جو دورانی مریض میں خفگی کی جاتی ہیں جہن ہرین کو اس سے علاج میں درمیان ہدیہ
کی تھوپی سے مکمل کامیابی حاصل ہوتی ہے۔ اگر یہ استعمال کی جائے تو اس کی خوراک نہایت خفیف جوتی چاہئے۔ ورنہ شدید
دھل سے آنکھ کو سخت نقصان پہونچنے کا اندیشہ ہے۔ پھر اس کی خوراک کو تین دن پہل کر نہایت بہتہ بہتہ پڑھانا چاہئے
جنس ماہرین کا خیال ہے کہ التهاب عنینہ جسم کے اندر دورانی مددی کا سب سے پہل منظر ہے۔ مذا ان کے نیل کے مطابق سکی
تشخیص کے بعد فوراً ہی دواؤں کو نکال دینا چاہئے۔ ورنہ دوسرے مقامات میں تعدی ہو کر موت تک ذہن پہونچے گی۔
ہمارے خیال میں جب آنکھ کے اندر سوراخ ہو کر دورانی نہیں پڑھتا تو ان کو نکال دینا ہی مناسب ہے
مگر جب مریض اس قدر زیادہ نہ ہو تو مقامی و عمومی علاج کے ساتھ درمیان جدید کی تفصیلات عرصہ تک استعمال کرنے سے ازالہ
مرض ممکن ہے۔

التهاب عنینہ کے عوارض و نتائج کا علاج۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ عنینہ کی موزع کے اصرار کو توڑنے کے لئے
گراؤ دہن کا سفوف خفیف مقدار میں تک کے اندر رکھ دیا جائے تو اس کا اثر نہایت سریع ہوتا ہے۔ اور مصالحت بہت جلد
توبہ جاتے ہیں۔ مگر ایڈروپین آنکھ میں ڈال کر نقاط دمی کو خوب بند رکھنا چاہئے۔ ورنہ ایڈروپین ناک و مریض میں جذب ہو کر
پہونچے گی۔ اس طرح اس کے سبھی اثرات کے پیدا ہونے کا اندیشہ ہے۔ نقاط دمی پر یہ دواؤں زیادہ دیر تک قائم رکھیں۔ جلد نہ
لصاق کی صورت میں جہاننگ ہو سکے بلکہ عنینہ کا ایک ٹکڑا کاٹ کر لیجھ کر دیں۔ اور خزانہ مقدم و موزع کے درمیان
معلق پیدا کر دیں۔ تاکہ ثانوی ندق الما و نہ پیدا ہو سکے بعض اوقات عنینہ کے اندر چوڑی سوئی کے ذریعہ صرف ایک

و اسحاق موخر کی رونما ہوتا ہے اور سی کے ساتھ ساتھ مددہ کے پیچھے۔ طبیعت زہرہ میں جی بہ تر نشأت ہو چکر نا اعلیٰ تر نشأت پیدا کرتے ہیں۔ مددہ کے پیچھے ان کی وجہ سے ایک ہمئی بن باقی بہت تیز کومت دہنی کشتے ہیں۔ طبیعت زہرہ میں کے مددہ سے لیے ریشے دار ساخت کے حزمے نظر آتے ہیں۔ یہ ترشے شبکیہ تک پہنچتے ہیں۔ وہ اس سے ملحق ہو جاتے ہیں۔ سی دہست بعد میں جب یہ سکتے ہیں تو شبکیہ پر جو اپنی مایہ یافتوں سے الگ ہو کر رہتا ہے، آتا ہے جسم دہنی پر یہ ترشے منجمد ہو کر مانتوں میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ دندو مددہ میں کہ تباہ دہریدہ کر شیتے ہیں۔ ان کی وجہ سے طبیعت کے پیدا ہونے کے بعد ترشہ مقدم میں سر کا دغہ شکل ہو جاتا ہے۔ یہ طبیعت کا پیدا ہونا ہی بڑی مدت تک مددہ بالکل بند ہو جاتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تو ترشے میں کم ہو جاتا ہے۔ در آنکو بالکل زہرہ ہو جاتی ہے۔ مانتہ میں کی دیر میں چہ۔ وہ طرف سے دھیل ہو جاتی ہیں۔ اور طبعی حالت سے آنکھ بہت زیادہ سکڑ جاتی ہے۔ گراس حالت کا نام مورتہ یعنی رکھابا سے طبیعت مناسب ہو گا۔ اس کے بعد آنکھ کے اندر مختلف قسم کے فسادات شروع ہوتے ہیں جن کی وجہ سے مانتوں و کچھی ہونوں میں طبقہ شیشیہ ڈی میں تبدیل ہو جاتا ہے۔

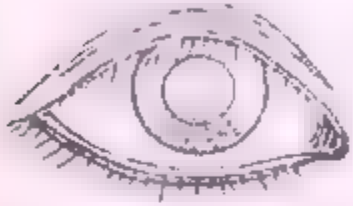
مزمن التهاب دہنی و مانی Chronic irido-cyclitis

جسم دہنی کا بسیط التهاب } Simple-cyclitis
Serous iritis } اس کو ہم متاب یعنی مصلی جی کہہ سکتے ہیں۔

یہ مرض نہایت مخفی طریقہ پر برعکس ہے۔ گویا کہ مزمن قسم کا متاب ہوتا ہے جس میں بنیانی کم ہو جاتی ہے۔ اس کے مددہ بھتیہ مانتوں اس کی نہایت خفیف ہوتی ہیں شدید حالتوں میں دہنی احتقان پایا جاتا ہے اور دہنی رقبہ پر دہرہ دہرہ ترشے سے درد ہوتا ہے۔ اس کے معلوم کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ آنکھ کو بند کر کے اوپر سے محیط قرنیہ کے حصہ کو دبایا جاسے۔ ترشہ مقدم کی گہرائی طبعی حالت سے بڑھ جاتی ہے۔ قرنیہ کی موخر سطح پر دہرہ دہرہ نکالا ہوا جاتا ہے۔ جلد یہ کے مددہ سماجی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے جو آنکھ کے رنگ کی ہوتی ہے۔ جنبیہ کی موخر سطح میں نمایاں طور پر اتصاف میں پیدا ہوا مگر آہستہ آہستہ مخفی طریقہ پر اتصافات پیدا ہوتے رہتے ہیں بشرط میں تو ترشے میں کسی قدر بڑھ جاتا ہے۔ مگر بعد میں کم ہو جاتا ہے۔ بالائی جفن میں ہتھج رونما ہوتا ہے۔ آنکھ اور عاجین ابھوں میں عصبی درد ہوتا ہے۔ کبھی قصر بصر کی شکایت پیدا ہو جاتی ہے جس کا سبب یہ ہے کہ عضلہ دہرہ میں تحریک ہوتی ہو اور وہ منقبض ہو جاتا ہے۔

قرنیہ کے رجحانی نقاط - خزائنہ مقدم کے اندر کریت بیضا، قرنیہ کی موخر سطح پر دسوب کے طریقہ پر بیچے جاتے ہیں اور وہیں پر قائم ہو جاتے ہیں۔ گزٹ میں رنگین جیبات موجد ہوں تو اس کا مطلب یہ ہے کہ یہ نلیاں طریقہ ہڈی و عصبی سے یہاں حاصل ہوئے ہیں۔

عموماً یہ رجحانی نقاط قرنیہ کی موخر سطح کے زیرین حصے میں ملتے ہیں۔ ان میں سے چھوٹے چھوٹے نقاط اور درختے بیچے ہوتے ہیں۔ یہ ترتیب قانون ثقل کے ماتحت پیدا ہوتی ہے۔ اس کے علاوہ دوسری وجہ اس کی یہ بھی ہے کہ آنکھ اپنے واقعی محور پر ہمیشہ حرکت کرتی رہتی ہے۔ یہ کچھ غور سے دیکھیں



شکل نمبر ۱۲۶

نقاطی التباب قرنیہ میں قرنیہ کی موخر سطح پر ان نقاط کا مخصوص نظام ہے۔

کہ ان کی منشی ترتیب ہر حالت میں پانی جاسے، ہو سکتا ہے کہ قرنیہ کے زیرین حصے میں یہ رجحانی نقاط بے قاعدہ طریقہ پر پھیلے ہوئے ہوں۔ ان کو نہایت غور سے دیکھنا چاہئے۔ کیونکہ تشخیص مرض میں ان کو بڑی اہمیت حاصل ہے۔ بعض اوقات کسی چھوٹے چھوٹے نکتے کی ایک بڑا رقبہ بنا لیتے ہیں۔ اور چند بڑے نکتے مکرر نیم شفاف رقبہ کی صورت پیدا کرتے ہیں۔ مگر اس کی حدود بالکل صاف ہوتی ہیں اس کو ہم قرنیہ کی غیر شفاف سجائی کیفیت سے پہچان سکتے ہیں کیونکہ اس سجائی کیفیت کے رقبے اپنی حدود میں بالکل صاف نہیں دکھائی دیتے بلکہ آہستہ آہستہ دوسری قروی نیچوں میں غائب ہو جاتے ہیں۔

اگر مرض کا مہیا ہو اور اس کے اندر ملوین بھی موجود ہوتی ہے۔ نیلے اور دوسرے رنگ کے غلبہ میں بھی یہ رجحانی نقاط رنگین نظر آتے ہیں بشرطیکہ یہ استباب عرصہ تک قائم رہے۔ گویا کہ ان نقاط کا رنگین ہونا کسی حد تک تہابی مدت پر دلالت کرتا ہے۔ یہ ملوین عموماً ہمیشہ قائم رہتی ہے شاذ و نادر ہی غائب ہوتی ہے یہی رنگ بعض اوقات عدسہ کی مقدم سطح پر دیکھا جاتا ہے۔ مگر اس جگہ لمفاوی کریت آسانی سے نہیں چپک سکتے۔ کیونکہ عدسہ کی سطح نہایت صاف ہوتی ہے۔ اور اس کے اوپر بشرہ باطنہ بھی نہیں ہوتا۔

زجاجیہ کے اندر بھی غیر شفاف سجائی رقبے دکھائی دیتے ہیں۔ سیلابی کریت بیضا کے علاوہ التبابی ترشح کے باریک

رات بھی اس کے اندر سے پھرتے ہیں۔ بجاہیہ کے اندر ان درت کی حرکات کا مطلب یہ ہے کہ اس کے نو مریں کو
 رات کا یہ ہے کہ کسی اس میں سے تک خفیہ ت پیدا ہو جائے ہیں کہ بجاہیہ میں نئی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کا اس میں
 بجاہیہ کے تغذیہ کی خرابی ہے۔

خزانہ مقدم کی گہنی ایک اہم خدمت ضروری ہے مریں کی وجہ یہ ہوتی ہے اس کے ضمن میں ہم بھی کچھ نہیں کہتے
 نہایت نفع دہندہ یعنی دہنی کتاب میں علامات مریں وحشیہ بہت خفیف ہوتی ہیں، نہ ہوسکتے ہیں کہ
 کسی مریں کی بنیادی خلیہ کسی سبب ظاہری کے کہ ہو جائے تو اس کے قریب کا مریں نہ خود سے کہنا چاہتے۔ اس مقصد کے لئے کہ
 نوید مریں سے کام لیں تو فوری سوچ سے بھی دو دیگر فیصلہ کریں کہ قریب کی ذرا سیچ پر مریں نہ تو موجود نہیں
 ہیں اگر یہ نقطہ موجود ہو تو امتاب دہنی ضروری ہے جب امتاب دہنی موجود ہو تو مریں کا کم ہونا بھی لازم امر ہے
 غور مریں کی وجہ سے اس کا رنگ تبدیل ہو جاتا ہے بعض اوقات بظاہر نہ دیکھی ایک علامت ہوتی ہے جس کی وجہ سے مریں
 کی کوئی کوہ امتاب دہنی کی طرف منسوب کرتے ہیں اور اسی بنا پر معاملہ سے اطمینان حاصل کرتے ہیں۔

عینیہ کے بیضا امتاب کی طرح مریں امتاب یعنی دہنی بھی ان ہی حالت کے تحت پیدا ہوتا ہے۔ عورتوں میں
 مریں کی بہ نسبت زیادہ پایا جاتا ہے آتشک و تدرن بھی اس کا سبب ہو سکتے ہیں چونکہ ہمیشہ مختلف قسم کی سیمیں یا جراثیم
 سے پیدا ہوتا ہے اس لئے مذکورہ دونوں امراض کے علاوہ بھی جسم کے اندر عینی مریں کو تلاش کرنا چاہتے ہو، امتاب نہ
 اس کا باعث ہوتا ہے بعض اوقات انف یا اس سے متعلق تجاریف میں اور عورتوں میں ندامہ مریں کے اندر عینی مریں
 کی موجودگی ہو سکتی ہے۔ جن مریں کے جسم میں کہیں پر کوئی عینی مریں کا پتہ نہ چھے ان کی مریں مریں صحت خراب ہوتی ہر
 وہ مریں قبض میں مبتلا ہوتے ہیں۔ ہمارا خیال ہے کہ ان مریں میں سمیت کا انجذاب معاہدہ ہی سے ہوتا ہے۔

اس میں شک نہیں کہ اپنی جگہ سے باہر خزانہ مقدم کی رطوبت کے نکلنے کے ساتھ اس کا تعلق ہوتا ہے شاید اس کی
 وجہ یہ ہو کہ اس رطوبت کے اندر چونکہ اجزاء بیضیہ موجود ہوتے ہیں اس لئے اس کا اخراج یا ہر کو بہت کم ہوتا ہے جس کی وجہ
 سے تدرن میں بڑھ جاتا ہے۔ خزانہ مقدم کا مچھلی مفعہ زیادہ گہرا ہو جاتا ہے یہاں تک کہ بعض اوقات اس کی گہنی مریں
 مفعہ کے اعتبار سے بھی زیادہ ہو جاتی ہے۔ مگر یہ حالت مریں امتاب دہنی کے بعد کے مریں میں زیادہ نمایاں ہوتی ہے
 جس کا سبب یہ ہے کہ عینیہ کے مریں پر امتاب ترشح مریں میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ پھر نیچیں سگریں ہیں اور اپنے ساتھ

حذیر کو تھپے کی طرح کھینچ لیتی ہیں۔

شدید درد تک نہ رہنے والی مائوں میں ذنیہ کے گہرے پرت کے اندر بھی استہابی ترشح پایا جاتا ہے اور یہ حالت درنی سے تین گھنٹوں بعد پورے کئی گھنٹے سے اس کے علاوہ ان صورتوں میں غنہ پھپھنی چھپنی نہ کستری، بگ کی گہریابی بھی ہوتی ہیں۔ عائدہ کے وقت ان کو دیکھنا بہت ضروری ہے کیونکہ ان کی موجودگی میں درنی ششیں مکمل ہو جاتی ہے۔ ان کے عائدہ کا بہت بڑا حریقہ یہ ہے کہ تکھ کو قرضی خود دہن کے ذریعہ دیکھا جاسکے۔ یہ ہمیشہ یہ درہے کہ ان مائوں میں مذہن بھی تشنی بخش نہیں ہوتا۔

یہ مرض غشی طائفہ پر ترقی پذیر ہوتا ہے۔ جیسا کہ پہلے بھی بیان کیا گیا ہے۔ مگر بھی کبھی اس میں تخلف دہ ملائیس بھی پیدا ہو جاتی ہیں۔ تنہیہ کی موثر سہ اور مدد کے درمیان انقطاع ہو جاتا ہے۔ جب یہ التہاب زیادہ شدید ہو تو اس وقت بنیانی میں زیادہ کمی ہو جاتی ہے۔ مگر استہابی شدت کے رفع ہو جانے کے بعد کسی قدر بنیانی بہتر ہو جاتی ہے۔ یہی سلسلہ استہاب کے عائدہ و بنیانی کی فریب کا جاری رہتا ہے اور ہر مرتبہ استہاب کے بعد بنیانی میں پہلے سے زیادہ خرابی پیدا ہوتی جاتی ہے۔ بالآخر کمزور و تنہور ہو جاتی ہے۔ بگ سبب التہاب میں یہ حالت برسوں کے بعد پیدا ہوتی ہے۔ اگر غشی مرکز کو جسم میں دھنس کر تھن کا مناسب صرح کر دیا جائے تو بنیانی کی حالت بہتر ہو جاتی ہے۔

بنیانی و منی التہاب کا علاج بعینہ وہی ہے جو التہاب غنہ کا۔ اس علاج کے علاوہ عمومی صحت کی بہتری کا خیال کھیل سنے سے مناسبہ پذیر نہیں کریں۔ گرجیم کے اندر کوئی غشی مرکز موجود ہو تو تحقیق و تفتیش کے بعد اس کا مناسب علاج کریں۔ بعض مائوں میں اس کے ذریعہ غشی مرکز کے جراثیم سے دیکھیں تیار کر کے اس کی تھپہ مفید ثابت ہوتی ہے۔ مگر ہمیشہ اس سے یکساں فائدہ نہیں ہوتا۔

جب استہاب تھپہ پورے ہو گیا ہو تو کم میں ایڈروپین غلوں، ولس گرم تکید سے کام لیں۔ گہریابی پر پشہ لگائیں اور تھپہ میں باؤنگ لگائیں۔ کیلوٹ پر گرین دن میں تین مرتبہ دیں۔ سیول و سیلیلیٹ آف سوڈا ان مائوں کو استعمال کروادیں جن میں کسی صیب کا پتہ نہ چلتا ہو۔

ہذا خیال ہے کہ مذکورہ دو نہیں اسکا کو صاف کرتی ہیں اسبوجہ سے ان کا بہتر اور مفید اثر مترتب ہوتا ہے۔ زجاجیہ کے استہابی ترشح کو بند کر کے لے آؤ۔ استعمال کروادیں۔ ماضی کو بہتر پر آؤ۔ مرنے کی تاکید کریں۔ اور اس کے

جسم پہاڑ سے مرکبات کی۔ ش کی بائیں ماہر اس سے کہ وہ تشک میں مبتلا ہو۔ نہیں یہ کر سکتے ماریت مفید
نرت مرتب ہوتے ہیں۔

گرم دو غسل دیگر پسیدہ میں۔ یہ پیو کا پین کی تیج کریں تشکی ورنہ دینی مہینوں میں۔ دین کو مناسب
میں کیا جائے مگر درمیں کا استعمال ماریت نصیحت کے ساتھ کریں جس ورنہ مہینوں کو فوق مہینشی شعلوں سے غسل سے
بزنہ مدہ پہنچا ہے۔ مگر یہ خیال۔ ہے کہ فوق مہینشی شعلوں سے غسل دینے کے دوران میں اس کی تھکوں پر ایک تحفظ
کی غرض سے لگا دی جائے۔ اگر تو تر میں خطرناک حد تک بڑھ گیا ہو تو کچھ کے۔ سورج کر کے اس کو گرم کر دیں۔ گوکہ اس میں عمل
اثریت تھوڑی دیر تک باقی۔ ہوتا ہے۔ جہت و رت کے حالات میں کو دیا کر سکتے ہیں۔ یعنی اس میں مرتب کو دوسرے
تیسرے روز کر سکتے ہیں۔ مگر وقتیکہ اس کی شدہ درت بیش نہ اسے اس کو ہر محل میں نہ دویں۔ نہ ہی حیثیت سے یہ عمل
اس لئے غیر مناسب معلوم ہوتا ہے کہ یہ ایک ترمین کے کم ہو جائے سے اپنی دھوی ۴ دن پہلے ہوتے ہیں و رت سے
معدوی ترش بہت زیادہ ہونے لگتا ہے اور اس معدوی ترش میں جراثیم خیمیت کے ساتھ بہت زیادہ دپاسے پاسے
ہیں۔ مذکورہ ہر وجہ کی بنا پر جب تک اس میں ضرورت نہ محسوس ہو اس عمل کو نہ کرنا چاہئے۔

بجربہ است ثابت ہوا ہے کہ اس عمل سے نتائج بہترین برآمد ہوتے ہیں کیونکہ زیادہ تعداد میں ترشیت کا پیدا ہو کر باہر
کو خارج ہونا۔ سمیت و نفذات کے اخراج میں خاص طور پر مدد ثابت ہوتا ہے جس سے حالت بہتر ہو جاتی ہے۔
گر متعدد باتانکہ میں سورج کر کے پر بھی حالت کچھ بہتر نہ ہو یعنی تو ترش میں کمی نہ اسے۔ تو بہر حیثیت کا آپریشن
کر کے قروی و صلی جائے اتصال پر ایک گس سورج نہ دیا جائے کہ اس عمل کو کسی صورت میں اختیار کریں جب کہ دوسری
تمام تدابیر ناکام ثابت ہوں۔

جب التهاب خفی ہو تو اس وقت مدد میں کو ایڈرین کے ضیف محلول سے ذریعہ کسی قدر چھید سے رکھیں۔ مہین کو
تازہ ہوا میں رکھیں۔ مقویات اور زود مضمر غذا میں استعمال کریں۔ اگر ان کو میں غور نہ کرتے ہو کہ وہ خراب ہو جائے تو مہین کی
اجازت سے اس کو بخال دینا چاہئے۔

ہدنی و عینی ملصق التهاب (Plastic iridocyclitis) اس کے اسباب کا ذکر آچکا ہے اس
التهاب میں علامات زیادہ نمایاں ہوتی ہیں۔ عدسہ کے پیچھے ہدنی عتار منظر میں کے ذریعہ دیکھے یہ صرف ایک ہی وقت

منہ عیوں میں یہ تہاب یک کاذب سلو کی صورت اختیار کرتا ہے۔ سگری مایج میں فساد کی تغیرات جسم ہڈی کو کھس
 ذیل میں۔ کتے کے یہ نگو کے مذہب پناصل پوری طرح ختام دے سکے۔ یعنی یہ نگو میں لفاوی رطوبت کے پیدا کرنے سے
 نہ مر رہتا ہے۔ اس التہاب کا اثر سب سے پہلے زجاجیہ پر ہوتا ہے۔ اور یہ سیال ہو جاتی ہے۔ اس کے بعد مدہ پر
 اس کا اثر پڑتا ہے جس کی وجہ سے مدہ غیر شفاف ہو جاتا ہے اور بالآخر آنکھ سکڑا ہنموری حالت اختیار کر لیتی ہے۔

علاج۔ اس کا علاج وہی ہے جو غرمن التہاب ہڈی وغنی کا بیان کیا جا چکا ہے۔ سکری ہوئی آنکھ ہمیشہ

ر میں کٹے تخیف کا باعث ہوتی ہے۔ لہذا اس کو کال دنیا ہی بہتر ہوتا ہے۔

جسم ہڈی کا ورم صمغی اس ورم کی وجہ سے جسم ہڈی اور غنیہ میں ملحق مادہ التہاب روٹا ہوتا ہے جس میں شدہ

شدہ درد کا احساس ہوتا ہے۔ یہ تشنگ سے ناور عوارض میں سے ہے جس کا پایا جانا تیرے ہی درجہ تک محدود نہیں جب
 یہ تہاب ترقی کر کے غلیظ ہو جاتا ہے تو اس وقت اس کی تشخیص میں کوئی پیچیدگی نہیں پیدا ہوتی۔ اگر تشنگ کے مخصوص
 علاج سے کوئی فائدہ نہ ہو پھر تو کتبیت جلد خراب ہو جاتی ہے۔

جسم ہڈی کا تدرن جسم ہڈی کا تدرن ہمیشہ غنیہ وشمیہ کے تدرن کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ بلا واسطہ طریقہ پر
 اس کی تشخیص شکل اور سبب درنی جراثیم جسم ہڈی کا غرمن التہاب ہی پیدا کرتے ہیں۔

طبقہ غنیہ کی خلقی بد وضعیاں (۱) دونوں آنکھوں میں طبقہ غنیہ کا رنگ ایک دوسرے سے مختلف ہو جاتا
 (۲) ایک ہی آنکھ میں بھی طبقہ غنیہ کے مختلف حصوں کا رنگ مختلف دیکھا جاتا ہے۔

غنیہ کا رنگ نیل میں وجہ سے نظر آتا ہے کہ اس کی ساسی نیچوں میں بالکل رنگ نہیں ہوتا۔ اس کے پچھلے حصہ پر
 شبکیہ کے جو تعلقات اثر کرتے ہیں صرف ان میں رنگ پایا جاتا ہے۔ یہی رنگ یہ مختلف غنیہ کے اندر سے چمکتا ہو جاتا ہے
 نظر آتا ہے۔ نیا رنگ کے غنیہ میں بعض اوقات بھورے بھورے رقبے نظر آتے ہیں اس کی وجہ یہ ہے کہ غنیہ کی موخر سطح
 دانہ بڑی تعلقات جو حقیقتاً شبکیہ کا ایک حصہ ہوتے ہیں اس مقام پر زیادہ تعداد میں جمع ہوتے ہیں۔

بعض حالت میں مدد میں مرنے سے ذرا اندر کی طرف کو واقع ہوتا ہے بعض حالتوں میں یہ اپنی جگہ سے بہت زیادہ
 ہوتا ہے یا بنا ہوتا ہے۔ یہ طریقہ پر یہ نفی یا نسب کو بنا ہونا بہت کبھی غنیہ کے اندر ایک حد کے علاوہ متعدد موراثہ پاس

جائے ہیں۔ ظاہر میں عنبیہ غائب بھی ہو سکتا ہے۔ شرعی تحقیقات سے معلوم ہوا ہے کہ بدنی کنارے پر کھڑے ہر ایک ایک لکھ ضرور موجود ہوتی ہے۔ مگر زندگیات میں یہ عنبیہ سے پوشیدہ رہتی ہے۔ سی وجہ سے دکھائی نہیں دیتی۔ معائنہ کرنے پر جسم بدنی اور باہر معلق عدسہ نقد آتے ہیں۔ یہ حالت تینوں دونوں آنکھوں میں یکساں ہوتی ہے۔ ورنہ ایسی آنکھوں میں شادی طور پر زرق مار کے پیدا ہونے کا زیادہ خطہ رہتا ہے۔

کبھی طبقہ عنبیہ کے اندر سے قدرتی طور پر کسی مقام سے ناشپاتی نامحاذ غائب ہوتا ہے، اس کا اتصال عدسہ کے ساتھ ہوتا ہے اور جسم بدنی تک یہ حصہ پہنچتا ہے اس کو ہم خلقی شق عنبیہ Congenital coloboma کہتے ہیں



شکل نمبر ۱۰

کالو بوم، عنبیہ کا خلقی نقص

یہ حالت عام طور پر بچے اور اندر کی طرف ملتی ہے۔ اس کو خصوصی بد خلقی کہتے ہیں یہ اکثر پانی جاتی ہے۔ اور اس کے علاوہ دوسرے انشتاقات کو غیر خصوصی کہتے ہیں۔

یہ بھی پانی جاتی ہے۔ اول الذکر کے ساتھ مشیمیہ میں بھی یہی حالت پانی جاتی ہے۔ یہ حالت آنکھ کی اکثر پانی جاتی ہے۔ جنینی بد خلقیوں میں شمار کی جاتی ہے۔

حدقی غشا کا موجود ہونا۔ یعنی عدسہ کی جنبی حالت کے مقدم عروق کا قدر بنا اس صورت میں عدسہ کے سامنے باریک خوط عدسہ کے اندر ادھر سے ادھر جاتے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔ اور کبھی یہ انیاف عدسہ کی مقدم سطح سے مقصود بھی ہوتے ہیں۔ ان کو ہم عنبیہ کی موخر سطح کے اتصال سے اس طرح متیز کر سکتے ہیں کہ یہ خوط عنبیہ کی مقدم سطح پر آٹھے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ ان کی کوئی اہمیت نہیں ہوتی۔ چھوٹے بچوں میں پائے جاتے ہیں۔ اور عمر کے بڑھنے پر جذبہ جاتے ہیں جو ان کی آنکھوں میں بھی محاذ کر کے پران کو جو آسانی سے دیکھ سکے ہیں۔ مگر اس عمر میں ان کے عصب پڑنے نہ پاتے باقی رہ جاتے ہیں۔

جنبین کی حدقی غشا دراصل باریک عروق دموی کا جال ہوتی ہے جس کے نیچے نازک اس سی نیچ پانی جاتی ہے اس کے اندر رنگین غلیات ہوتے ہیں جن کا اجتماع عدسہ کے درمیان ۵-۶ ملی میٹر کے درجہ میں ہوتا ہے۔ اس کے اندر بھورے نقاط پائے جاتے ہیں۔ مگر خیاں رہے کہ عنبیہ کی موخر سطح کے اتصالی نقاط ان سے مختلف ہوتے ہیں یہ نفثہ

چھوٹے، اور باقی مدہ ہوتے ہیں۔ خداداد میں کثیرا ہونے کے مدہ ان کے ساتھ التهاب غنہیہ یا کل نہیں پایا جاتا۔ اور بنیادی میں ان کی وجہ سے کوئی خرابی نہیں پیدا ہوتی۔

غنہیہ کی اکیاس | بعض اوقات غنہیہ کی سلی اکیاس اس کی تجدید میں پیدا ہوتی ہیں۔ ان کے اندر سیال رطوبت جمع ہو جاتی ہے۔ اس میں شبکی بشری حیات کی اکیاس بھی پائی جاتی ہیں جس کا سبب یہ ہے کہ شبکیہ کے بشری حیات کے دونوں پرتوں کے درمیان سیال رطوبت جمع ہو جاتی ہے۔ اس صورت میں غنہیہ میں باجائیا پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور بشری حیات کی موخر سطح مدسی خلافت سے ملحق ہو جاتی ہے۔ بشری حیات طبقہ غنہیہ پر نکلنے کے ذریعہ جروح کی وجہ سے مدہ ہو جاتے ہیں۔ اور اسی وجہ سے غنہیہ کی سطح پر شفاف کیس پیدا ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات یہ بشری حیات تمام غنہیہ کو ڈھک دیتے ہیں۔ اور بالآخر ذرق المار کا سبب بنتے ہیں۔ کبھی وخری جروح کی وجہ سے غنہیہ میں بل پونج جاتے ہیں۔ اور غنہیہ پر پڑے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ دسلعات کو دسلعات اندرون چشم کے مقالہ میں ملاحظہ فرمائیں۔

امراض عدسہ جلید یہ

عدسہ جلید یہ کلیہ بشری حیات پر مشتمل ہوتا ہے جس کے گرد ایک خلافت ہوتا ہے۔ اس کے اندر اس کی ساخت کے لحاظ سے مختلف قسم کے تغیرات رونما ہو سکتے ہیں۔ مگر التهاب نہیں پیدا ہوتا۔ اس کے اندر فساد کی تغیرات کی وجہ سے ماؤن مقامات غیر شفاف ہو جاتے ہیں۔ عدسے کے خونی یا کلی طور پر غیر شفاف ہو جانے کو ہم نزول المذہبات (Cataract) کہتے ہیں۔ یہ حالت موتیہ بند کے نام سے بھی موسوم کی جاتی ہے۔

عدسے کے اندر فساد کی تغیرات مدسی الحیات کے درمیان سیال رطوبت کے جمع ہونے سے رونما ہوتے ہیں۔ گویا کہ اس رطوبت سے جمع ہونے سے اس کے انیاف کے درمیان مغزی تجدید پیدا ہو جاتی ہیں۔ پہلے تجدید میں ان کی اعطانی طاقت کے اختلاف کی وجہ سے صرف غیر شفاف حالت پیدا ہوتی ہے اس کے بعد ان کے اندر غیر شفاف رطوبت جمع ہو جاتی ہے جس میں اجزا ہمینیہ بہت ہوتے ہیں۔ اسی وجہ سے یہ غیر شفاف رتبے گوں صورت اختیار کر لیتے ہیں۔ اس کا نام مستدیرہ مارگانی (Morgagnian globules) ہے۔

مذکورہ نشانی مقامات اور ان کے حجم کے مطابق نڈوں کی مقدار نہیں بیان کی گئی ہیں تجربہ سے معلوم ہوتا ہے کہ عدسے کے اندر مختلف معنی حالت کے مطابق نڈوں کے مقامات منتقل ہوتے ہیں بعض حالتوں میں نڈوں کے غیر شفاف رقبے بڑھ کر ایک دوسرے سے قیاساً ہیں۔ یہاں تک کہ تمام عدسہ غیر شفاف ہو جاتا ہے اس کو ہرستیا کہتے ہیں۔ (Progressive cataract) کہتے ہیں۔

ایسی صورتیں بھی ملتی ہیں جن میں نڈوں کی ایک خاص حالت میں نہ رہتا ہے۔ گزرس کو ہر نڈوں کی حالت میں خوشاب ہو گا بیشیوچی نڈوں کی گویا کہ ہرستیا نڈوں کی ہے۔

شیخوچی نڈوں الما (Senile cataract) - یہ ۵۰ سال سے کم عمر انسانوں میں شاذ و نادر پائی جاتا ہے۔ اس کی بھی حالتوں میں شعاعی طور پر عدسے کے اندر غیر شفاف کیمیں یا دائروں کے قطعات (Sectors) ہوتے ہیں جن کے درمیان عدسہ کی جتنی نیچیں بالکل شفاف ہوتی ہیں۔ ان میں اور توڑی ہوئی کے ذریعہ نکل دیکھنا ممکن نہیں۔ سی سے منظر العین استعمال کرنے کی ضرورت ہوتی ہے منظر العین سے اس کی تشخیص مکمل ہو جاتی ہے۔ غیر منبہ عدسے کے اندر ان شعاعی غیر شفاف تبدیلیوں کے تحت سر سے نظر آتے ہیں۔ مگر جب عدسہ منبہ بن جائے تو یہ خطوط ان غیر شفاف حصوں کی چوٹی معلوم ہوتے ہیں۔ اس جگہ زیادہ کھنا چاہیے کہ ان مریضوں کی آنکھ میں یہ دھبے ابھی نہ استعمال کریں۔

ان مثلث نما رقبوں کے قاعدے عدسے کے باہر کی جانب ہوتے ہیں۔ اور ان کی ابتدا عدسے کے پیچھے حصے سے ہوتی ہے۔ منظر العین اور توڑی ہوئی کے ذریعہ غور سے معائنہ کرنے پر معلوم ہوتا ہے کہ یہ غیر شفاف رقبے عدسے کے بیرونی سطح پر رقبوں میں پائے جاتے ہیں۔ یعنی ان میں سے بعض عدسی نوید کے سامنے اور بعض اُس کے پیچھے واقع ہوتے ہیں۔ یہ سب رقبے عدسے کی سمت اور اس سے شروع ہوتے ہیں اور آنکھ کے محور کی طرف کو جاتے ہیں۔ جیسے جیسے زمانہ گزرتا جاتا ہے یہ غیر شفاف رقبے تداویس بڑھتے جاتے ہیں۔ اور توڑی ہوئی کے ذریعہ دیکھنے سے فاکسٹری نظر آتے ہیں۔ منظر العین کے مرآہ سے معائنہ کرنے میں اگر ۲۰ انچ کے فاصلے سے ان کو دیکھا جائے تو یہ سیاہ نظر آتے ہیں اور شبکیہ سرخ دکھائی دیتا ہے۔

ابتداء میں منظر العین کے ذریعہ معائنہ کرنے میں روشنی کو جس قدر حرکت دیں اسی قدر ان میں جی حرکت معلوم ہوتی

ہے۔ اس کا مطلب یہ ہوتا ہے کہ حقیقت یہ ہے کہ غیر شفاف نہیں بلکہ ان مقامات پر مدسہ کی، خط فی طاقت میں فرق آگیا ہے۔

من بسیدہ، نمنس میں بچوں درون جواؤں کے مقابلہ میں مدسہ میں کم سیاہ ہوتا ہے اور بعض اوقات تو اس کو رنگ نہیں ہوتا ہے۔ اگر یہ خاکستری رنگ تمام مدسہ میں یکساں ہو تو اس کو اس وقت تک زوں میں سمجھا جاتا ہے۔ جب تک کہ کوئی غیر شفاف رقبہ منظر عین کے ذریعہ نہ دیکھ لیا جاسکے۔

معمر شش میں مدسہ کے قشری حصہ کی خطائی طاقت مختلف ہوتی ہے۔ اس سے طبعی حالت میں بھی مدسہ میں کارنگ بچہ سیاہ ہونے کے خاکستری ہو جاتا ہے دوسری وجہ اس کی یہ ہے کہ اس کی سطح سے روشنی کا بیشتر حصہ معکوس ہو کر چاروں طرف پھیل جاتا ہے۔ مذکورہ امور شیخوخہ نزول المار کے متعلق بیان کئے گئے ہیں اس کو ہم نزول المار تحت الغلات (Subcapsular cataract) کہتے ہیں۔

اس کے علاوہ دوسری نزول المار کی اور بھی پائی جاتی ہیں مگر یہ اول الذکر پر نسبت بہت کم دیکھنے میں آتی ہیں ان میں سے ایک قسم میں غیر شفاف رقبے نوید مدسی کے اوپر (Supra nuclear) اور دوسری میں مدسی نوید کے اندر (Intranuclear) ہوتے ہیں۔ تیسری قسم میں سحابی کیفیت مدسی پرتوں میں رونما ہوتی ہے اس لئے اس کو نزول المار طبعی (Lamellar cataract) کہتے ہیں۔ اور دوسری قسم کو خلطی (Congenital nuclear cataract) کہتے ہیں۔

اس حالت میں مدسی نوید کے اندر سحابی کیفیت منتشر طریقہ پر پائی جاتی ہے۔ اور یہ سحابی کیفیت سطحی یا قشری حصہ کی طرف صاف ہوتی جاتی ہے۔ ایک قسم نزول المار کی ایسی بھی ملتی ہے جس میں مذکورہ تمام قسموں کی مخلوط کیفیت موجود ہوتی ہے۔ تحت غلاتی نزول المار کے ساتھ نزول المار کی مدسی ذاتی کیفیت بھی پائی جاسکتی ہے۔ علیٰ ہذا القیاس دوسرے اقسام کے نزول المار کی کیفیت بھی مل سکتی ہے بعض اوقات مدسہ کے اندر غیر شفاف نقاط بھی نمایاں ہوتے ہیں مگر یہ حالت ضعیفی نقاطی نزول المار سے مختلف ہوتی ہے کیونکہ اس میں سحابی کیفیت، ہستہ آہستہ بڑھتی رہتی ہے۔

شیخوخہ نقاطی نزول المار (Punctate senile cataract) ۲۵ سے ۳۰ سال کی عمر میں بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ اور بڑی نزول المار بھی تحت غلاتی نزول المار سے بعد یعنی ۴۰ سال کی عمر میں شروع ہو سکتا ہے۔

نزول الما کی پڑھتی ہوئی حالت میں عدد سے اندر یعنی حالات سے زیادہ مانی رطوبت جمع ہونی چاہیے جس کی وجہ سے ایسا تپ چول جاتے ہیں جب تک کہ یہ کیفیت بہت برہم ہو جاتی ہے تو عدد کسی قدر چول ہوتا ہے جس کی وجہ سے خزانہ مقدم کی گہرائی کم ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے جو نکمیں ذریعہ الما کی سفید اور کھٹی ہیں ان میں تو تیز بین ہوتا ہے۔ تحت افلاک فی نزول الما میں نوید کے اندر کوئی تبدیلی نہیں ہوتی یعنی یہ غیر شفاف نہیں ہوتا، مگر عدد کا تھوڑا تشری حصہ خیر شفاف ہوتا ہے۔ اس حالت کو کامل نزول Mature cathracl کہتے ہیں جو کا۔

نزول الما کے کامل ہونے سے پہلے ہی عدد میں کچھ سفید یا غیر شفاف نقطہ آتا ہے۔ کیونکہ عدد کے تشری حصہ کے سطحی حصے کے اندر سب کے بعد فساد دی تبدیلیاں شروع ہوتی ہیں جب تک غلبہ کے مدتی گزرنے کے پہلے عدد کا کچھ ہی حصہ صاف ہو اس وقت تک ایک طرف سے روشنی نکلتی ہے اس سے غلبہ کا سایہ عدد کے غیر صاف حصہ پر پڑتا ہے اور جب عدد کا تشری حصہ بالکل غیر شفاف ہو جاتا ہے تو یہ غلبہ کے ساتھ متصل ہو جاتا ہے۔ اس وقت غلبہ کا سایہ روشنی ڈالنے سے عدد پر بالکل نہیں پڑتا، کیونکہ اس وقت نزول الما کامل ہو جاتا ہے۔ اس حصہ کا یہ درخت چاہئے۔ کیونکہ جب مریخ کا نزول الما اس حالت میں ہو تو اس کا پڑنا زیادہ مناسب ہے۔

شعبہ



(۱)



مرکز جب اس درجہ میں پہنچ جاتا ہے تو خزانہ مقدم کی گہرائی پھر اسی حالت پر لوٹ آتی ہے۔ کیونکہ اس وقت رطوبت مانی عدد سے قریب ہو جاتی ہے اور عدد کا حجم اپنی طبعی حالت پر آ جاتا ہے اگر یہ فساد مانی حالت جاری رہے تو ہی جائے تو عدد مافوق بیرون عدد پہنچ جاتا ہے جس کی وجہ سے عدد کا تشری حصہ بالکل منتشر ہو جاتا ہے اور طیش کے مانند ایک

(ب)



(۲) غیر عینہ نزول الما میں تو مریخ کی کے ذریعہ غلبہ کا سایہ نکلتا ہے۔ (ب) چھتہ نزول الما میں یہ سایہ نکلتا ہے۔

معلوم یہ بن جاتا ہے۔ عموماً مانی رطوبت عدد کے اندر سے رفتہ رفتہ کم ہونا شروع ہو جاتی ہے یہاں تک کہ عدد سکڑا

ہوتا ہے اور خشک ہو جاتا ہے یہی حالت میں عدسہ سج و زرد ہو جاتا ہے اور اس کے اندر کوئٹھین کی قلموں کی جیسے
 سے چمکدار دھبے نظر آتے ہیں۔ خلافت کا مقدمہ سنہ ویز ہو جاتا ہے اسی لئے مدقہ عین کے اندر مقدمہ مرکزی نزول اماء
 کی کیفیت پیدا ہوتی ہے۔ عدسہ کے کمر بابت کی وجہ سے شبیہ میں ارتعاش پیدا ہوتا ہے اور خزانہ مقدمہ بہت گہرا
 ہو جاتا ہے۔ عدسہ کے ربط معلقہ کے خداد کی وجہ سے عدسہ اپنے مقام سے ہٹ جاتا ہے بعض اوقات بلوغ کے اس
 وجہ میں عدسہ کے اندر پانی بھرتا ہے۔ تشری حلقہ بالکل سیال ہوتا ہے۔ اور عدسی نو یہ خلافت عدسہ کی تہ پر
 گرتا ہے۔ سیال تشری حلقہ دودھیا ہوتا ہے اور اس کے اندر بھورے رنگ کا نو یہ نظر آتا ہے جو اوپر کی طرف
 نیم دائرہ نما خط سے محدود ہوتا ہے۔ یہ کی وضع کے مطابق نو یہ بھی اپنے مقام کو بدلنا ہوتا ہے۔ اس نزول المسار کو

مورگانیائی نزول اماء (Morgagnian cataract) کہتے ہیں

شکل ۱۶۹



شاؤن درعاتوں میں عدسی الیف کا تسلب جس کی وجہ سے

نویہ عدسی معرض وجود میں آتا ہے وہ طبعی محدود دست برہر کمر سے

عدسے کو نو یہ میں تبدیل کر دیتا ہے، اس قسم کا عدسہ سخت سیاہی مائل

بھورا ور نیم شفاف ہوتا ہے۔ مدقہ عین سیاہ نظر آتا ہے۔ عدسہ کا

بھورا رنگ تویر موربی کے ذریعہ بھی دکھائی دیتا ہے، اس حالت کو سیاہ نزول اماء کہتے ہیں حالانکہ فی نفسہ

یہ نزول اماء نہیں ہوتا۔

مرکزی توانی شیخونی نزول اماء میں بھی بعض اوقات تویر موربی کے ذریعہ دیکھنے سے بھورا رنگ نظر آتا ہے
 جس کی وجہ دراصل عدسہ کے اندر ہر وقت تسلب کی موجودگی ہے۔

نزول اماء کا اصول صحت زیادہ تر مرکزی تسلب پر منحصر ہے یعنی عدسہ کے نو یہ پر اس کا انحصار ہوتا ہے۔ ۲۰ سال
 کی عمر تک نوئی ایات نرم ہوتے ہیں خزانہ مقدمہ کی مائی رطوبت ان کے اندر پہنچ جائے تو یہ اس کو جذب کر سکتے
 ہیں۔ مگر اس عمر کے بعد پھر سخت ہو جاتے ہیں اس وقت اس کا استیذاب نہایت آہستہ آہستہ اور کم ہوتا ہے۔ اسی لئے
 نزول اماء کے اپریشن میں نو یہ کا نخل دینا بہت ضروری ہے، یہی وجہ ہے کہ جبکہ نو یہ عدسی بڑا ہوتا ہے اس وقت
 باؤنڈت دینا پڑتا ہے جن حالتوں میں عدسی نو یہ چھوٹا ہو ان کو ہم نزول اماء رخو (Soft cataract) کہتے ہیں۔

یونکہ اس حالت میں اُس کے اندر زیادہ تر نرم تشکیلی حصہ پایا جاتا ہے۔

۵۰ سال سے زائد عمر کے مریضوں میں عدسی نوید بڑا جوتا ہے۔ اسی وجہ سے اس قسم کے نزول میں کہ نزولِ مریض Hard cataract کہتے ہیں۔ مگر کہ اس حالت میں چار عدد تخت نہیں ہوتا۔ یہ حالت عدسہ نزول میں سودا پس پٹی جاتی ہے۔ اس میں پورے عدسہ نوید میں تبدیل ہو جاتا ہے ایسے نزول میں کہ جراحی عمل میں بہت بڑا تکلیف دہ کی ضرورت ہوتی ہے، کہ عدسہ اس کے اندر سے باہر نکل سکے۔

بالخصوص چھتہ نزول میں کہ تو یہ موربہ کے ذریعہ مدد نہ کر سکتے پروجہ میں کہ بھروسے رنگ سے اس کے حصہ کا اندازہ لگا سکتے ہیں۔ اور اسی لحاظ سے شگاف کے متعلق بھی صحیح رائے قائم کر سکتے ہیں۔

علامات | سب سے پہلی شکایت جس کو نزولِ اماں کا مریض بیان کرتا ہے وہ یہ ہے کہ میں کوئی شے سامنے سے دیکھتا ہوں مگر یہ سیدھا دماغ نظر آتا ہے مگر یہ سیدھا دماغ دوسرے اقسام کے سیدھے دماغ سے مختلف ہوتے ہیں، یعنی یہ قلم ہوتے ہیں، متحرک نہیں ہوتے، اس شکایت کی وجہ یہ ہے کہ عدسہ کے مختلف حصوں میں فساد کی کیفیت پیدا ہو کر اُس کی انعطافی طاقت کو بدل دیتے ہیں جس کی وجہ سے گویا ایک شے کی کئی شبیہ پیدا ہوتی ہیں۔ روشن یا تاریک کی طرف دیکھتے ہیں یہ شکایت زیادہ پیدا ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے شام کے وقت جبکہ قند میں روشن ہوں تو اس وقت اس شکایت میں نمایاں زیادتی ہو جاتی ہے۔ پھر جیسے جیسے عدسے کی کثافت بڑھتی جاتی ہے اور اس کا غیر شفاف قصبہ زیادہ بڑھتا جاتا ہے ویسے ویسے اس کا اثر مرکزی رویت پر تباہ کن ثابت ہوتا ہے، خصوصیت کے ساتھ یہ تباہ کن اثر اس وقت زیادہ نمایاں ہوتا ہے جبکہ سفیدی مرکزی حصہ سے شروع ہو۔ ایسے مریضوں کی پہلی تریب پھیل جاتی ہو تو ان کی بینائی بہتر ہو جاتی ہے شیخوخی نزولِ اماں کی بہت سی حالتوں میں مرکزی رویت پر سب کے بعد اثر پڑتا ہے اس لیے ان مریضوں کو زیادہ روشنی میں اچھا دکھائی دیتا ہے۔ کیونکہ روشنی اچھی ہونے کے علاوہ روشنی سے پہلی کیفیت ہوتی ہے جس کی وجہ سے باہر کے زیادہ غیر شفاف حصے بینائی میں محسوس نہیں ہوتے۔ مگر اس کے ساتھ یہ بھی ہے کہ مریض بہت روشنی کی طرف دیکھنا پسند نہیں کرتا۔

بالآخر ان مریضوں میں بھی مرکزی حصہ غیر شفاف ہو جاتا ہے اور مریض کی بینائی رفتہ رفتہ کم ہو جاتی ہے یہاں تک کہ صرف نور کا احساس باقی رہ جاتا ہے شیخوخی نزولِ اماں کے بیشتر مریض چذفت کے فاصلہ پر سے اچھلیاں گرنے لگتے

ہیں۔۔۔ یہ مریضوں کی آنکھوں میں نزول الما کی پستکی پر روشنی کی حس باقی رہتی ہے اور جس طرف سے روشنی
آ رہی ہو اس کو وہ تسانی سے بند سکتے ہیں۔ اگر مذکورہ دونوں باتیں یعنی روشنی کا احساس اور روشنی کی سمت کو مریض
بنا سکتے۔ اس کے مہل جراحی میں نتائج امید فزا برآمد ہوتے ہیں احساس نور وغیرہ کو معلوم کرنے کے لئے ذیل کے
طریقے پر مریض کا امتحان کیا جاتا ہے۔

تاریک کمرہ میں بیٹھ جا کر ایک آنکھ کو مریض کی جیبی سے بالکل بند کر دیں اور منظر زمین کے ذریعہ نزول الما
والی آنکھ میں مختلف اطراف سے روشنی ڈالیں، اس دوران میں مریض اپنے سامنے دیکھتا رہے۔ مریض سے کہیں کہ
سینے کے سامنے ہاتھ سے اس طرف کو اشارہ کر کے بدھ رہے۔ روشنی آتی ہوئی اس کو معلوم ہوتی ہے۔ اگر وہ ایسا
نہ کر سکے تو اس کے یہ معنی ہیں کہ مریض کے طبقہ شبکیہ میں کوئی مریض ہے یعنی اس کی آنکھ میں شبکیہ شبکیہ ضروری رقبہ بابت
موجود ہیں۔ ایسی حالت میں انداز مریض یا آپریشن کے نتائج زیادہ امید افزا نہ ہونگے۔ اور بنیادی ایک مرتبہ بہتر ہو کر
دوبارہ مزاج ہو جائیگی۔

بن مریضوں کا نزول الما پختگی کو پہنچ چکا ہو اور وہ جس وقت معالجہ کے لئے آویں ہم ان کے شبکیہ کا معائنہ
پوری طرح نہ کر سکیں تو ان کے متعلق کسی صحیح رائے کا قیام کرنا مشکل امر ہے۔ ہمیشہ یہ ذہن نشین رکھنا چاہیے کہ نزول الما
کے رقیق ہوتے ہی اگر مریض معالج کے پاس آجائے تو اس کا معائنہ پوری طرح کر کے بعد قلب بند کر لیں۔ تاکہ بعد کو
جب کہ وہ پوری طرح غیر شفاف ہو جائے اور پھر ہم معائنہ نہ کر سکیں تو طبعی یا غیر طبعی حالات سے ہم کو معائنہ آگاہی
بہت دشوار ہوتی ہے۔ Incipient cataract مریض کے لئے یہی طریقہ اختیار کرنا چاہئے۔ یعنی اس کی پتی کو
ان سے ہی جو مریضین کے محلوں سے پھیل لیں اور مکمل امتحان کریں۔ مگر یہ خیال رکھیں کہ معائنہ کے بعد ایسے مریض کا
ایک طبقہ آنکھ میں آنکھ پٹی کو نصب کر دیں ورنہ ذرق الما کے پیدا ہونے کا خطرہ رہیگا۔ اگر مریض کی آنکھ کا طبقہ
قونیہ پہنچا، ورنہ مقدمہ کی گہرائی کم ہو تو بجائے ہوم ایڈروپس کے کوکین کا محلول استعمال کیا جائے۔ مذکورہ بالا امور
سے علاوہ اس امتحان میں میدانِ بصر کا معائنہ بھی ضروری ہے۔

شیخوخی نزول الما کے بڑھنے کی رفتار مختلف مریضوں میں مختلف ہوتی ہے۔ بعض اوقات اس کے پختہ
ہونے میں کئی سال لگ جاتے ہیں۔ اور بھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ یہ نزول الما پختہ ہی نہیں ہوتا۔ سن رسیدہ

اشخاص میں نزول المارہ جلد پختہ ہو جاتا ہے دیگر عمر والے مریضوں میں نسبتاً دیر لگتی ہے جو انوں میں نزول المارہ جب بہت جلد پختہ ہو جائے تو سمجھنا چاہئے کہ نزول المارہ کے ساتھ آنکھوں کے اندر کوئی دوسرا مرض بھی موجود ہے خواہ وہ التهاب جسمی ہو یا ذیابیطس وغیرہ میں وہ مریض مبتلا ہو۔ جن مریضوں کے مریضوں میں غیر شفاف سفیدی نمودار ہو چکی ہو ان کا نزول المارہ نسبتاً ان آنکھوں کے دیر میں پختہ ہوتا ہے جن کے اندر سفیدی غیر شفاف رہتے عدسہ کے اندر ہوتے ہیں۔

نزول المارہ کے ہر مریض کو معائنہ مقررہ وقت پر کرنا چاہئے اور ہمیشہ عدسہ کے اندر کے غیر شفاف رقبوں کا رنگ تیار کرنا چاہئے تاکہ یہ معلوم ہو کہ وہ کس قدر بڑھ رہے ہیں ان معائنات کے درمیان وقفوں کے زائے میں معالج کو ہر مریض کے لئے فردا فردا ہدایتیں کرنے کی ضرورت پڑتی ہے کیونکہ نزول المارہ کے بڑھنے کی رفتار ہر مریض میں یکساں نہیں ہوتی۔

مردوں اور عورتوں دونوں میں نزول المارہ یکساں پیدا ہوتا ہے۔ دونوں آنکھوں میں ہوتا ہے ترکیب آنکھ میں اس کی ابتدا پیٹے اور دوسری میں جد کو ہوتی ہے، تجربہ سے معلوم ہوا ہے کہ کسی قدر مردوں کا استعداد کو بھی اس مرض میں دخل ہے۔ دیکھنے میں یہی آتا ہے کہ ہر آئندہ نسل کے افراد میں بالخصوص سابق نسل کے کچھ پہلے ہی مرض کی ابتدا ہو جاتی ہے۔ نشتعلین اور دوسرے سمیات کے ذریعہ خرگوش کی آنکھ میں مصنوعی طبعیت پر نزول المارہ پیدا کیا جاسکتا ہے بعض قسم کے نئے کھانے سے نساؤں میں بھی پیدا ہو جاتا ہے۔

تشریح مرضی شیخوخہ نزول المارہ میں مقدم عدسی غلات کے اندر استر کرنے والے کوب عدسی غلیات میں غلامیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ ان کو ہم آسانی دیکھ سکتے ہیں اور قشری حصہ میں، گینائی ستیروں اور عدسی ایفٹ کے منتشر ہونے سے بھی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ عدسہ کے اجزاء میں مائی انڈیا بیا مائی تھلیس کی وجہ سے خود اس کے اندر اور خزانہ مقدم کے اندر تار و دسین کی قلمیں پیدا ہو جاتی ہیں جس حالت میں یہ قلمیں دونوں جگہوں پر نہیں پائی جاتیں بعض اوقات نزول المارہ کی حالت میں عدسہ کے اندر کو لشرین کی قلمیں بھی ملتی ہیں۔

بعض لوگوں کا خیال ہے کہ عدسی نویہ کے سکڑنے کی وجہ سے اس کے قشری حصہ میں تغیرات رونما ہوتے ہیں جن کو ہم نزول المارہ کے نام سے تعبیر کرتے ہیں۔ مگر اس نظریہ کے ثبوت میں ان کے پاس کافی شہادتیں نہیں ہیں۔

س کے مزاج و دوسرے نظریے بھی پیش کئے گئے ہیں لیکن سب سے زیادہ مقبول وہی نظریہ ہے جس میں ہم تسلیم کرتے ہیں کہ جسمانی تھیمہ و تخریب میں انفوس تبدیلیوں رونما ہونے سے مد سے کے تغذیہ میں خرابی پیدا ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے اس سے انفوس فیضانی بہت کم خراج نہیں ہوتا۔ اور اس سمیت کی تعدیل بھی کسی طرح ممکن نہیں ہوتی۔

علاج کسی قسم کی کوئی دوا اس مرض میں موثر نہیں ثابت ہوتی ہمارے تجربہ میں اس وقت تک صرف ایک دوا آئی ہے جس کے متعلق ہم کہہ سکتے ہیں کہ اس کے مسلسل استعمال سے نزول اماء کی ترقی کم از کم رک ضرور جاتی ہے یہ *Succus emeria maritima* (گوگرہ زردلی اور ذریابیطسی نزول اماء میں مفید نہیں ہوتی اور بقیہ مت م) اس کے نزول اماء میں فائدہ پہنچاتی ہے لیکن اس کا استعمال ۶ ماہ سے ۸ مہینہ تک ضروری ہے۔

خفی نزول اماء کی نمپستگی کے زمانے میں مریض کی حالت کو خوشگوار بنانے کے لئے مناسب ہے کہ آنکھ کا مہلکہ اس کو مینک دیدی جائے بعض مریضوں کو دھوئیں کے رنگ کی مینک سے بہت فائدہ پہنچتا ہے۔ اسی طرح amber (دھار رنگ کی مینک لگانے سے بھی مختلف چیزیں صاف دکھائی دینے لگتی ہیں۔ کیونکہ کم طول موج والی نوری شعاعوں کو اس قسم کے شیشے جذب کر لیتے ہیں۔

نزول اماء کی حالتیں مینک لگانا بھی مفید نہیں۔ گوکہ اس رنگ کے شیشے سے گرمی کی شعاعیں گنت جاتی ہیں مگر زیادہ روشن شد میں اس میں جذب ہو جاتی ہیں جس سے فائدہ پہنچتا ہے۔

جن مریضوں کے مد سے کم کم میں زیادہ سفیدی موجود ہو ان کے واسطے دھوئیں کے رنگ کی مینک زیادہ مناسب ہے کیونکہ مد سے میں اس کی وجہ سے پھیل رہتا ہے۔ اور زیادہ حصے سے شعاعوں کو آنکھ کے اندر داخل ہونے کا موقع ملتا ہے۔

خفی شیشو فی نزول اماء کے ان مریضوں کو جن کی آنکھ کے اندر کوئی دوسری شکایت نہ ہو اہمیت کر دی جائے کہ وہ آنکھ سے کام نہ لیں اگر یہ نہ ہو سکے تو روشنی کے متعلق مناسب ہدایات پر عمل کرنے سے بھی تحریف میں کمی ہو جاتی ہے۔

اگر مدتی حصہ میں نزول اماء نہ ہو تو تیز روشنی میں کام کرنا آسان ہوتا ہے۔ جب سفیدی بڑی اور مرکزی ہو تو غیر تیز روشنی مریض کے ایک طرف ذرا پیچھے کو زیادہ مناسب ہوتی ہے۔

پختہ نزل المار کی صورت میں عمل جراحی کے ذریعہ معدب عدسہ کو نکال دینا بہت ہی اچھا ہے۔ لیکن عمل جراحی کے متعلق فیصلہ کرنے سے پہلے مذکورہ سابقہ تمام باتوں کا تیس جکیں۔ نیز مندرجہ ذیل امور کو بھی دیکھیں۔

عہدہ میں کاروشنی کے لئے، انکاسی، زوعل بہتر ہے یا نہیں۔ قونی کی موثر سٹ پر سببی تار کو دیکھیں۔ حسب ذیل ذیابیطس کے واسطے قارورہ کا معائنہ کریں۔ حالانکہ ان مریض کی موجودگی میں جی پریشانی کیا ہو سکتا ہے (مگر ذیابیطس کی حالت میں پہلے انسولین کے انکشن دیے جائیں۔ جب تاروں میں شکر کا خراج بند ہو جائے تو پریشانی کیا جائے ورنہ زخم کے اندام میں دیر لگتی ہے) مہلکہ مہلکہ کو معائنہ غور سے کریں۔ اگر متدب موجود ہو یا نہ ہو (کیس ڈمی) وغیرہ ملتنب ہوں تو ان کا تشفی بخش علاج کرنے کے بعد پریشانی کی حالت متوبہ ہوں۔ سٹخونی متو اجنبی کی وجہ سے بھی سن بسیدہ اشخاص میں کسی قدر مریض ملتنب یا مہلکہ پیدا ہو جاتا ہے۔ اس لئے سبب کو رفع کرنا یا عالج محلوں کو استعمال کرنا ضروری ہے۔ مہلکہ کے المتدب کے رفع کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ کبھی کبھی انکھ میں کانک منلوں لگایا جائے بعض اوقات عرصہ تک علاج کرنے کے باوجود بھی حالت بہتر نہیں ہوتی۔ ایسے مریضوں کے مہلکہ مہلکہ ہو۔ کا معائنہ ضروری ہے۔ اگر اس میں کوئی ذاتی اثر یہ موجود ہوں تو پریشانی میں توبہ کرنا چاہئے۔ اگر معائنہ میں نتیجے کے متعلق کسی قسم کا شک ہو تو انکھ پر پتھر دنی کا پیڈر کھرات بھر کے سے پی باندھ دیں۔ اگر صبح کو اس پر مواد لگا ہوا ہو یا انکھ کے اندر موجود ہو تو اس کو لے کر خود دین سے معائنہ کریں۔ اگر احقان بہم متعلق ہوں تو علاج کو جاری رکھیں۔ اپریشانی کرنے کے قبل رت کو انکھ پر بیٹی نہ باندھی جائے، کیونکہ ایسا کرنے سے جراثیم کو انفراکشن کا موقع ملتا ہے۔ مہلکہ میں گرفتاری کیس موجود ہو تو ہرگز اپریشانی نہ کرنا چاہئے۔ ایسی صورت میں پہلے کام یہ ہوگا کہ اس کا مناسب اور معقول علاج کریں، یا کیس ڈمی کو عمل جراحی کر کے نکال دیں۔ یہ قناہ ڈمی کو بند کر دیں جس کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ کو اہ حدید کے ذریعہ نقطہ ڈمی کو جدا دیں۔ یا دونوں قناہ ڈمی کے گرد انکھ لگا کر باندھ دیں۔ سب سے بہتر تو یہی ہے کہ کیس ڈمی کو نکال دیں۔

دانتوں، گلے اور ناک کا غور کے ساتھ معائنہ کریں۔ اگر ان مقامات پر کوئی مضمی مرکب موجود ہو تو اپریشانی کرنے سے پہلے اس کا مناسب تدارک کریں۔ اگر غیر پختہ نزل المار ایک انکھ میں ہو تو اس کا اپریشانی شکاف دے کر نہ کریں بلکہ خاص سوئی کے ذریعہ غلاف عدسی کو پھاڑ دیں تاکہ رطوبت مانی معدسہ کے اندر داخل ہو جائے ورنہ زخم

مدی ایتس جذب ہو جائیں۔

اگر ایک آنکھ میں پتہ نزل اور دوسری آنکھ کی بنیائی نہایت عمدہ ہو تو عمل جراحی کا کوئی خاص فائدہ نہ ہوگا کیونکہ آپریشن کے بعد بھی دونوں آنکھوں کی بنیائی میں اس قدر فرق باقی رہے گا کہ عینک کے باوجود بھی دیکھنے کی بنیائی درست نہ ہوگی۔ اور اگر عینک نہ لگائی جائے تو آپریشن کردہ آنکھ کی بنیائی ایسی ہوگی کہ جو دوسری چھٹی آنکھ کے لئے تکلیف دہ ثابت ہوگی۔ اور یہ مدد صرف اس قدر ہوگا کہ آپریشن کردہ آنکھ کا میدان بصر بہتر ہو جائے گا۔ ایسی صورت میں وہ لوگ خوشینوں میں کام کرتے ہیں یا بجیٹر بھارت میں زیادہ چلتے پھرتے ہیں۔ ان کی آنکھوں کا آپریشن کرنا ضروری ہے۔

نزلہ نہ لگنے کے چختے ہو جانے کے بعد آپریشن میں تعویق نہ سب نہیں۔ کیونکہ اس درجہ کے بعد عمدہ میں خرابی شہوت ہو جاتی ہے پھر آپریشن خطرناک صورت اختیار کر سکتا ہے ایسی صورتوں میں شاید کو باری کیس اور دیکھتے ہیں کہ مدت مدید نہ ہو۔ تو نہیں ہو رہا اس کے اندر رکھیں تو نہیں شروع ہو گیا۔ ان حالات میں آپریشن فوراً کر دینا چاہئے، خواہ دوسری آنکھ کی بنیائی اچھی ہی کیوں نہ ہو۔ نیز بختم نزلہ کی حالت میں جب بنیائی خراب ہو جائے تو آپریشن کا فیصلہ فوراً فکر کے بعد کرنا چاہئے۔ ورنہ اگر قشری حصہ بہت نرم ہو تو آپریشن میں مشکلات پیش آئیں گی۔ اگر مدد پوری طرح نہ ہو سکے تو استہاب غیبیہ اور دوسرے عوارض کے پیدا ہونے کا خطرہ ہے۔ مگر ساتھ ہی اس کے نزلہ لگنے کی غیر یقینیت آپریشن کے خلاف کوئی دلیل نہیں، بلکہ اس کے بعد نتائج بہتر ہوتے ہیں۔

یہ بدہمت کہ من رسیدہ و فحاش کے نزلہ لگنے کا اگر آپریشن نہ کر دیا جائے تو یہ لوگ اندھے ہو جاتے ہیں کیونکہ یہ دگ غیب ہوتے ہیں اس سے کہنے والا شخص اگر نہ تھا ہو جائے تو سارے کہنے کے سے کجبت و افلاس کا باعث بنتا ہے۔ آپریشن کر دینے سے ہر حالت میں بنیائی بہتر ہو جاتی ہے لہذا جب بنیائی بالکل خراب ہو گئی ہو تو نزلہ لگنے کی کوشش نہ کریں۔ اگر باوجود کئی جہتوں سے عینک کا ایک حصہ کات کر اس خیال سے انتظار کرتے ہیں کہ اب نزلہ لگے گا۔ جلد بختم ہو جائے گا۔ جن مریضوں میں ایسا ہوتا ہے مگر ہمیشہ یہ بات نہیں ہوا کرتی۔ عینک کا ایک حصہ سپلے کات دینے سے آئندہ پیکر مدد سے کھانے میں آسانی ہوتی ہے مگر اس طریقہ میں ایک کے بجائے دو آپریشن کرنے پڑتے ہیں اور یہ بوجہ خود ایک خرابی ہے۔ ہاں صرف اس صورت میں جبکہ آپریشن کے خلاف آنکھ کا رد عمل دیکھنا

۱۰۔ ہو کہ عمل جراحی سے آنکھ میں بہت زیادہ تکلیف کو نہیں پیدا ہوتی، اس طریقہ کو اختیار کر سکتے ہیں تاکہ اس حالت میں طبیعت حاصل ہونے کے بعد تندرست فائدہ اٹھایا جاسکے، اس کے علاوہ جیب عدسہ کے اندر منتشر ہونے والی حالت وجود میں آتی ہے۔ مرکز میں یہ بھی کیفیت خصوصیت سے رہتی ہے۔ تو پانی جاتی ہو تو اس قسم کے نزول الماریت درجہ میں پختہ ہوتے ہیں۔ ۱۱۔ بنیانی شروع ہی سے خراب ہو جاتی ہے۔ لہذا ایسی حالت میں تنبیہ کو کافی گہرا ہفتہ تک انتظار کر کے بعد خراج مقرر ۱۲۔ جراحی عمل زیادہ مناسب ہے۔

بعض اوقات خفی نزول الماریت کی حالت میں قرین زرق الماریت کے سے ہر الیٹ کا عمل جراحی کرنا پڑتا ہے جس کے سبب قریب کے محیطی صلیبہ میں سورخ بنایا جاتا ہے۔ اس قسم کے پیریشن کے بعد نزول الماریت ہو جاتا ہے۔ طبیعت سے اس سورخ کے اندر سے شگاف دینا نامناسب ہے۔ گو عمل طبیعت سے اس میں کوئی نقصان نہیں پہنچتا۔ بڑھکے عدسہ کے اخراج کے بعد زرق الماریت پیدا کر کے والی قرین حالت پانی نہیں رہتی۔

جنس ماہرین کا خیال ہے کہ ایسی صورتوں میں اخراج عدسہ کے سے قریبی شگاف پینے کی طاف ہو تو زیادہ مناسب ہے۔ نزول الماریت کے پیریشن کے بعد مینک کا استعمال ضروری ہے۔ مینک کے متعلق کسی دوسری جملہ دوائیوں کی پوچھ گچھ ملحق اور زمانہ طفلی کا نزول الماریت اس نزول الماریت کی دو قسمیں ہیں یہ ہمیشہ خرابی ہوتے ہیں اور ہمیشہ ایک حالت پر قائم رہتے ہیں عموماً ان کی قسمیں طبقاتی نزول الماریت

Congenital and infantile cataract

(Anterior capsular cataract) اور مقدمہ علانی (Lamellar)

۱۔ ان سے کم طفلی نزول الماریت کی طبقاتی اقسام دیکھنے میں آتی ہیں جو بعض اوقات مرکزی اور کبھی کبھی ہوتی ہیں۔ یہ پیدائش کے بعد اس قدر جلد رونما ہوتا ہے کہ اس کے متعلق خفی ہونے کا شبہ اب تک باقی ہے۔ گو کہ اس عمر میں عدسہ کا نوہ وجود نہیں ہوتا۔ تاہم عدسہ کے مرکزی حصے کو نوہ کہا جاتا ہے۔ اس قسم کے نزول الماریت میں بھی بی حالت مرکزی حصے میں چاروں طرف کے پرتوں میں ہوتی ہے اور مرکزی حصہ میں غلغلہ وغیرہ شفاف حصے نظر آتے ہیں۔ عدسے کے سطحی قشری حصے بالکل شفاف ہوتے ہیں۔ مدد مین کے انبساط پر ناکسٹری رنگ کا غیر شفاف حصہ قرص کے مانند نظر آتا ہے جس کے گرد سے حصے شفاف ہوتے ہیں۔ اس قرص اور بیرونی حصے کا قطر

طبقاتی نزول الماریت

Lamellar cataract

Zonular cataract

Perinuclear cataract

مختلف ہوتے ہیں۔ مثلاً زمین کے ذریعہ دیکھنے سے قرص سیاہ اور پیرونی کنہ سے صاف نظر آتے ہیں، باہر سے اندر کی طرف غیر شفاف ہوتے جاتے ہیں۔ اور چاروں طرف شبکیہ کا ذری اندک اس صاف اور سرخ رنگ کا رنگہائی دیتا ہے۔ مدرسہ کے ہر چاروں طرف عجمانی کیفیت شدائی لگیروں کی صورت میں پائی جاتی ہے۔ جس کی شدت بہت دور کو چلائے ذرا سے ملکہ تا ہیڈل سے جوتی ہے۔ مدرسہ، غیر شفاف حصہ استقرار ہوتا ہے کہ منبسط مددہ میں پرستہ رہتا ہے، بنیائی کی کمی کا انحصار غیر شفاف عجمانی کیفیت پر ہوتا ہے۔ مریض علاج کے پاس بنیائی کی خرابی ہی کی وجہ سے آتا ہے۔ ایسے مریض چونکہ مختلف اشیاء کو آنکھ کے قریب لاکر دیکھتے ہیں۔ اس لئے ان کے حقیقتیں ان کو قصہ بندہ کا مریض سمجھ کر علاج کے پاس رستے ہیں۔ اور غفلت سے ان مریضوں میں قصر بصر کی شکایت بھی پہلے ہی سے موجود ہوتی ہے۔ مگر مختلف اشیاء کو چونکہ یہ لوگ آنکھ کے قریب لاکر دیکھتے ہیں اس لئے ان کی "شبہ" شبہ شبکیہ پر بڑی ہوتی ہے۔ اس نزل امراض کی وجہ سے ان کے زمانے یا اس کے بعد کے زمانے میں تغذیہ کی خرابی ہوتی ہے۔

ادہ چوبوں کو جب وضع حمل کے بعد ایسی غذا دی جاتی ہے جس میں جیاتین "A" اسے "A" کی کمی ہو تو ان کے بچوں میں یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس قسم کے نزل امراض کے ساتھ چوبوں میں کساحی حواض بھی پائے جاتے ہیں، انہی حالات کے تحت بڑی عمر کے چوبے بھی کساح میں مبتلا ہو جاتے ہیں لیکن نزل امراض میں نہیں پیدا ہوتا، ایسے بشری نہیں سب سے زیادہ موقوف ہوتی ہیں۔

عموماً بشری فعلیات سطح کو ڈھانک لیتے ہیں اور پرائے فعلیات گرباٹے ہیں جن کی جگہ نئے فعلیات لے لیتے ہیں اس کے علاوہ جسم میں دو جگہوں پر اور بھی بشری فعلیات پائے جاتے ہیں۔ ایک تو مدرسہ کے اندر جہاں پر شروع ہوتی ہے سطح میں اندر کی طرف گرتا پیدا ہو جاتا ہے اور یہ اس کے اندر بند ہو جاتے ہیں۔ پھر پرائے ہونے کے بعد جو سفید نہیں ہوتے درود مدرسہ دانت کے اوپر کہ انہیں میں گریباں یہ فعلیات بحس کی وجہ سے تغیر ہو کر رہ جاتے ہیں اسی سے جاتی نزل امراض کی حالت میں دانت کا انہیں بھی جابجا غامت ہوتا ہے اور دانتوں کی شکل اسی ہو جاتی ہے۔ گویا کہ ان پر گز ہے پڑتا ہے۔ دانتوں پر انہی لکیریں نظر آتی ہیں۔ اور مرکزی تواضع و انیاب جبکہ زیادہ موقوف ہوتے ہیں یہ اثر صرف ان ہی دانتوں پر ہوتا ہے جن کے انیل کی نشوونما اس وقت بھی جاری ہو۔ مدرسہ میں چونکہ سطحی ایف اے ب سے کم عمر و اسانیات سے پیدا ہوتے ہیں اس لئے مدرسہ کی سفیدی سے اس کے جسم کا پتہ چلتا ہے۔

ہم مرکز حالتوں کے پیدا ہونے کی وجہ یہ سمجھ چکے ہیں کہ اگر تغذیہ کی خرابی ذرا ہوتی ہے تو یہ سب سے
 اس سے مفلح ہوتے ہیں۔ تغذیہ کی خرابیاں صفی مداخلت کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں۔ بعض اوقات کوئی نیک جیب
 خراب کرتے ہیں۔ نتیجتاً تشنگی اس کو باعث قرار دی گئی ہے مگر اس سے نقص کافی ثبوت موجود نہیں ہے، ایسے
 بچوں کو احتیاطی دور سے محفوظ ہوا کرتے ہیں۔

حل اس پر منتج سفیدی کے نتیجہ یا مندرجہ ذیل اس کی وجہ سے اس میں داخل بہت جن مریضوں کے
 مدد میں سفیدی بہت زیادہ گہری ہو۔ درمیانہ کی معمولی حالت میں ان کی بنیادی بہت کم ہو۔ ان میں
 علاج کا انحصار سماجی حالت کے قطر پر ہوتا ہے۔ اگر اس کو قدر کم ہو۔ درمیانہ کا تشنگی مندرجہ ذیل حالت ہو تو
 ایسے مریضوں کے مدد لینے کو ضرورت ہے کہ ان کی بنیادی بہتر ہو جاتی ہے۔ اگر تشنگی ایسے سبب کی بنیادی
 بہتر ہو سکے تو ان کی آنکھوں میں مصنوعی مدد دوسری جگہ بنائی جائے۔ بہت کم چھوٹے بچوں میں ہڈی کی سفیدی
 برکتی رہتی ہے۔ ہڈی کو سخت بنانا مصنوعی مدد دینا چاہئے۔ جب تک کہ یہ یقین نہ ہو جائے کہ اب نروس اماری کی
 حالت قدرے بہتر ہو اس کی رتی ایک ٹی۔ یہی وجہ ہے کہ نروس کے بہت کم مریضوں میں عمل جراحی کے سے مناسب
 ہوتا ہے۔ عموماً چونکہ سفیدی کا جھڑا ہوتا ہے اس لئے مدد کو نروس دینا بہتر ہے کیونکہ ایسے مدد میں طاقت کو فوق برسر کار
 نہیں آسکتی۔ ایسے مریضوں کی مدد بہت کم ہوتی ہے۔ اسی لئے ان کے مدد کا مرکزی حصہ سخت نوید کی صورت میں نہیں ہوتا۔
 مدد کے جو لیف تشنگی نہ ہوں ان کے اندر اگر رطوبت کی داخل ہو جائے تو منجذب ہو جاتی ہے۔ اسے جلتی
 نروس کے لئے یہ طریقہ بہت سبب کہ سوئی کے ذریعہ مدد کا فلٹ پھاڑ کر رطوبت کی داخل کو مدد کے اندر داخل
 ہونے کا موقع دیا جائے۔ عموماً مریض کی نروس الماری کی سی علاج کیا جاتا ہے۔ مگر جب تک بنیادی زیادہ خراب نہ ہو جائے یا
 درمیانہ طریقہ ناکام نہ ثابت ہوں اس وقت تک اس کو نہ کرنا چاہئے۔ چونکہ اس حالت میں مدد کی سفیدی کے
 تشنگی مدد پاسے جاتا ہے اس لئے جن لوگوں کی بنیادی بہتر ہوں ان کے فلٹ مدد کو سوئی کے ذریعہ پھاڑ دینے
 کے متعلق غور و فکر کے بعد فیصلہ کرنا چاہئے۔ قابل غور یہ امر ہوتا ہے کہ آیا مینک سے درست کردہ اہماریت در اس کے
 ساتھ غور کی طاقت کو فوق مریض کے لئے بہتر ہوگی یا پیریشن کے ذریعہ بہتر کردہ بنیادی بغیر طاقت کو تسخیر کے
 مناسب رہے گی۔

بہتر ہے کہ $\frac{1}{14}$ یا $\frac{1}{16}$ حصہ بنیائی کاجس کے ساتھ طاقت توفیق بھی موجود ہو بہ نسبت اس

نیوں $\frac{1}{14}$ یا $\frac{1}{16}$ بنیائی کے بہتر ہے جو اپریشن کے بعد پیدا ہوتی ہے اور جس کے ساتھ ناریت طاقتور محدب عدسہ کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ ہم ایسے مریضوں کا اپریشن نہیں کرتے۔

بچوں کے طبقہ نژدہ ام میں ۹ سے ۱۰ ماہ کی عمر میں اپریشن کرنا مناسب ہے۔ اپریشن کرنے کے وقت تک مدد یعنی کوئی قدرتی یا رخصاچ ہے تاکہ روشنی کی وجہ سے شبکیہ کو تحریک ہوتی رہے۔ ایسا کرے سے مریض کی نگاہ میں "حول" جنگا پن نہیں پیدا ہوتا یا اس کے پیدا ہونے کے امکانات کم ہو جاتے ہیں۔

مقدم غلافی قطبی نزول المار اس کو ہم عام طور پر مقدم قطبی نزول المار کہتے ہیں۔ یہ نام نزول المار کی **Anterior polar capsular cataract** صرف اسی حالت کے لئے مناسب ہے جس میں مقدم قطب یا اس کے

نازدیک سفیدی پیدا ہو۔ اس کی دو قسمیں ہیں۔ (۱) مقدم غلافی (۲) مقدم قشری۔ پہلی ہذا القیاس موخر قطبی نزول المار کی بھی دو قسمیں ہیں یہ سفیدی دو قسم کی دیکھنے میں آتی ہے جس کو ہم موخر قطبی نزول المار کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔

۱۔ موخر قشری نزول المار جس کے ساتھ ہمیشہ دوسرے عوارض بھی پائے جاتے ہیں مثلاً التهاب ہدلی وغیرہ

۲۔ موخر قطبی نزول المار۔ یہ قسم سفیدی کی صحیح معنی میں نزول المار نہیں۔ بلکہ بنیائی عدسہ کے موخر عروقی غلاف

کا پی ہو، مغلطہ بہت۔ اور چونکہ یہ عدسہ کی غلاف کی موخر سطح سے باہر ہوتا ہے اس لئے حقیقتاً یہ نزول المار نہیں اگرچہ اس کے ساتھ ملحق مدسی الیاف کے اندر بھی کسی حد تک سفیدی پائی جاتی ہے۔

مقدم غلافی نزول المار کی وجہ یہ ہے کہ

غیر جمعی کثیف قشری الیاف کی زیادتی ہو جاتی ہے

۱۔ یہی مقدم غلاف کو استر کرتے ہیں، سادہ حالتوں

میں مدد مین کے دریائی حصے میں پائے جاتے ہیں۔



ان خلیات کی فراش صرف سوخت ہوتی ہے

نیز مناسب و غیرہ وقت کے ساتھ لگا رہے

دریہ حالت صفر سنی کے زمانے میں پیدا ہو۔ کم تر بچوں میں مذکورہ حالت اگر بہت عرصے سے عرصہ تک بھی قائم رہے تو سندھ طبعی نزول مار پیدا کرتی ہے۔ زیادہ عرصے کے عرصوں میں ان بڑوں میں پیدا کرنے کے سبب بہت عرصہ تک اس حالت کا قائم رہنا ضروری ہے۔ بہت طبعی قرنیہ کے متعلق قرنیہ سے اس کا تعلق رہنا نزول الہ کے پیدا کرنے کے سبب سبب ہوتا ہے۔ عموماً یہ حالت قرنیہ میں سوراخ ہو جائے سے پیدا ہوتی ہے، سوزا کی لہجہ بہت کم و قرنیہ میں خصوصیت کے ساتھ ایسا ہوتا ہے۔

بعض اوقات مقدم فلانی نزول الہ غلطی بھی ہوتا ہے۔ گرایسا اس وقت ہوتا ہے جبکہ خنثی حالت میں خزانہ مقدم کے سینے میں کچھ نمونہ ہو۔ یہ حالت دونوں آنکھوں میں ایک ہی وقت میں پانی جاتی ہے۔ مگر اکثر یہ حالت ہمیشہ ایک آنکھ میں ہوا کرتی ہے۔ جب قرعہ کے اندر سوراخ ہو جاتا ہے تو رطوبت مالی خارج ہو جاتی ہے۔ ورنہ وغیرہ دونوں آگے بڑھ کر قرنیہ کی موخر سطح سے نکل ہو جاتے ہیں۔ اگر قرنیہ سوراخ کے اندر بنیہ پھنس جائے تو خزانہ مقدم از سر نو بنتا ہے اور قرنیہ کی موخر سطح کے ساتھ عنبیہ و عدسہ کا یہ الحاق مختلف اوقات میں مختلف صورتوں میں پایا جاتا ہے۔ اگر یہ وقت کم ہو اور بعض کی عمر بھی زائد نہ ہو تو عدسہ کو نقصان پہنچتا ہے۔ اور اگر یہ حالت عرصہ تک قائم رہے تو مقدم فلانی نزول المار پیدا ہو جاتا ہے اور عدسہ زخم کے ساتھ طعن ہو جاتا ہے۔

جب خزانہ مقدم بن جاتا ہے تو عدسہ قرنیہ سے الگ ہو جاتا ہے اور بعض اوقات جہاں پر عدسہ طعن تھا وہاں سے گے کی صورت میں باہر کو نکل آتا ہے یہ گے قائم بھی رہ سکتے ہیں اور ٹوٹ بھی سکتے ہیں۔

کبھی عدسہ اور قرنیہ کا باہمی الحاق باس قدر مستحکم ہوتا ہے کہ ہمیشہ کے لئے قرنیہ کی موخر سطح سے عدسہ طعن رہتا ہے پھر ایسی آنکھوں میں التاب کل العین پیدا ہو جاتا ہے یا ثانوی ذرق المار کی وجہ سے آنکھ ضائع ہو جاتی ہے۔ خزانہ مقدم کے بن جانے کے بعد بعض اوقات اس مقام پر اس قدر زور پڑتا ہے کہ نزول الہ محض طبعی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ عدسہ کے اس التاق سے عدسہ کے قشری حصہ کے ایات کو نقصان پہنچتا ہے جس کی وجہ سے مقدم قشری نزول المار بھی پیدا ہو جاتا ہے۔

نفاذ اور قشری سفیدی کے مابین مقدم فلان کے مکعب غلیات کی اقراض کا بھی امکان ہے اور بعد میں ان سے شفاف مدسی ایات بن سکتے ہیں یعنی اس صورت میں غیر شفاف جمیع کے مابین یکساں شفاف نکیر پیدا ہو جاتی

ہے اگر تشہی نعلوں میں نہ دھو تو اس سفیدی کا رقبہ اس قدر چھوٹا ہوتا ہے کہ اس کی وجہ سے بینائی بالکل نہیں قرب ہوتی اور خاص صورت پر اس کے علاج کی کوئی ضرورت بھی نہیں پیش آتی۔

خلقی نزول المار (Congenital cataract) خلعتی نزول المار مختلف صورتوں میں ظاہر ہوتا ہے۔ مقدم خلعتی نزول المار اور ہندقی خلعتی نزول المار بھی خلعتی ہو سکتے ہیں۔ ان کے علاوہ ادھر بھی اس کی قسمیں ہیں جو طبقاتی نزول المار سے ملتی ہیں لیکن جب وہ بین کے اندر رونما ہوں تو ان کو خلعتی نزول المار کہتے ہیں۔

(۱) مرکزی نزول المار (Central or nuclear cataract) مرکزی سفیدی عدسہ کے مرکز میں واقع ہوتی ہے جس کے چاروں طرف شفاف حصہ موجود ہوتا ہے۔

(۲) مغزی نزول المار (Fusiform cataract) یا سائے سے پیچھے کو جاتی ہوئی سفیدی کہی اس کے چاروں طرف کیر میں پٹی جاتی ہیں جس کی وجہ سے اس کی شکل (مغزی) (Coral) سے ملتی ہے۔ اس قسم کا نزول المار ایک خاندان کے متعدد افراد میں پایا جاتا ہے۔

قرسی نزول المار (Discoid cataract) بھی مختلف خاندانوں میں پایا جاتا ہے۔ اس میں سفیدی ایک بقیہ عدسہ کے مرکز میں پٹی جاتی ہے مگر وہ کیر کے موثر تشری حصہ میں نہیں ہوتی۔ بعض خلعتی نزول المار میں تمام عدسہ کے اندر سفید نقطہ کے طور پر سفیدی منتشر ہوتی ہے۔ اور کبھی بعض خاص حصوں میں یہ نقاط محدود ہوتے ہیں۔ اس قسم کے خلعتی نزول المار کی مقدار کم ہوتی ہے۔ تو یہ موربی کے ذریعہ دیکھنے سے نیلے رنگ کے نقاط نظر آتے ہیں اور تمام ایسی حالت میں قائم رہتے ہیں ان کے لئے کسی قسم کے عمل جراحی کی ضرورت نہیں ہوتی۔

خلعتی نزول المار میں سے اکثر نزول المار ایسے ہوتے ہیں جو بالکل نہیں بڑھتے۔ مگر ان کے ساتھ دوسرے خلعتی عوامل پسند ہو سکتے ہیں۔ بااوقات ان کے علاج کی کوئی ضرورت نہیں پیش آتی اور کبھی ان کے لئے مصنوعی عدسہ بنانا بہت یا سونی کے ذریعہ خلافت عدسہ کو یہ رگہ عدسے کے اندر رطلوبت مانی کے جذبہ جذبہ کا انتظام کرنا پڑتا ہے۔ بہت سے طریقہ یہ ہے کہ ایسے مریض بچوں میں ان کے سن بلوغ تک پوسٹن کے بعد مصنوعی عدسہ بنایا جائے اور اس دوران ان کے تئیں کوئی مہیا نہ رکھا جائے۔ کیونکہ ان میں سے بعض بچہ ہو کر کئی نزول المار کی کیفیت اختیار کر لیتے ہیں۔

نانونی نزول اور حقیقتاً وہ غیر شفاف سفیدی جوتی ہے جو اخراج عدسہ یا عمل ایرہ

نانونی نزول الماء

Secondary cataract

کے بعد باقی رہ جاتی ہے۔ ان دونوں جرمی اعمال میں عدسی غلاف کا مؤخر حصہ تمام

اور مقدم حصہ نصف باقی رہ جاتا ہے۔ اگر غلاف کا مؤخر حصہ عدسہ عین کے عیان ہو چکا ہو

سب سے تیز وہ نقصان دہ نہیں ہوتا مگر اس عدسی غلاف میں پچھلوں کے پرپسے کی وجہ سے بینائی ضرور خراب ہو جاتی ہے

بعض ماسوں میں جب نزول الماء پختہ نہ ہو تو کچھ شفاف قشری حصے بھی غلاف عدسہ سے لگے رہ جاتے ہیں، جن میں سے

کچھ جو بہت مٹی کے عمل سے جذب ہو جاتے ہیں۔ مگر بھی لہذا قات کی وجہ سے مٹی رطوبت اس حصہ تک نہیں پہنچتی،

یہ صورت میں مقدم غلاف کو سر کر کے ذرا سے کلب غلیات بھی باقی رہ جاتے ہیں۔ پھر ان ہی غلیات سے نئے عدسی

یات بن جاتے ہیں۔ لیکن یہ ایسا غیر طبعی حالت میں پیدا ہوتے ہیں اس سے چھوٹے اور غیر شفاف ہوتے ہیں۔ اگر یہ

جزاؤں عدسہ عین کے درمیان میں واقع ہوں تو بینائی کا خراب ہونا امر بین ہے۔ اور اگر آپریشن کے بعد التهاب عینیہ پیدا

ہو جائے تو یعنی ترشحات بھی ان اجزاء کے ساتھ ملحق ہو جاتے ہیں اور بعد میں ان کے مذر عروق وغیرہ پیدا ہو جاتے

ہیں۔ پھر اس کی صورت ایک یعنی غشا کی ایسی ہو جاتی ہے۔

نانونی نزول الماء کو ہم منظار میں یا تو یہ موربہ کے ذریعہ دیکھ سکتے ہیں۔ اگر یہ نہایت خفیف ہو تو دکھائی نہیں دیتا

مگر جب صرف ایک جھلک ہو تو وہ تو یہ موربہ سے دکھائی دیتی ہے۔ اور منظر عین سے اس کو دیکھنے پر کمرٹی کے جالے کے

مانند نظر آتی ہے۔ اگر یہ جھلک دیر ہو تو بآسانی دیکھی جاسکتی ہے۔

غلاف عمل ایرہ (Needling) کے ذریعہ ان کا علاج کیا جاتا ہے۔

نزول الماء مرکب

Complicated cataract

Secondary

نانونی

وہ نزول الماء جو عوارض کے طور پر پیدا ہوتا ہے۔ یہ جسمانی دیگر حصوں کے

امراض یا خود آنکھ کے دوسرے اجزاء کے کسی مرض کی وجہ سے عدسہ کے تغذیہ

میں خرابی کی وجہ سے لاحق ہوتا ہے۔ طبعی حالت میں جسم ہڈی سے حاصل ہونے والی رطوبت طفاوی سے عدسہ کا تغذیہ

ہوتا ہے اس سے اگر جسم ہڈی میں کوئی مرضی کیفیت پیدا ہو جائے یا خون غیر طبعی حالت میں ہو اور اس سے خراب طفاوی

موت کا نشہ ہو تو عدسہ کے تغذیہ میں خرابی آ جاتی ہے اور عدسہ کے اندر غیر شفاف سماجی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ

غیر شفاف وقت عدسے کے مؤخر قشری حصہ کے مرکز میں پیدا ہونا شروع ہوتے ہیں۔ اس لئے مؤخر قشری نزول الماء سے



- ۱۔ موہانپنڈت نے اپنے ۱۰ حصوں میں یہ بھی لکھا ہے •
- (۲) اسی لئے کہ ملطاریہ میں یہ دیکھا جاتا ہے کہ وہیں دلہیا کو مارا
- (۳ و ۴) ملطاریہ میں نے دیکھا کہ موہانپنڈت نے دوسری قسم کا بھی لکھا ہے •
- (۵) لیکن میں معذرتاً کہتا ہوں کہ خلع عدسی کو دلہیا نہیں ہے •
- (۶) ملطاریہ میں نے دیکھا کہ خلع عدسی کو دلہیا کہا جاتا ہے •

س کی ابتدا ہوتی ہے۔ پھر اسی مقام پر سفیدی قائم نہیں رہتی بلکہ بڑھ کر تمام موخر قشری حصہ کے چاروں طرف پھیل جاتی ہے۔ اور پورے قشری حصہ کو مادہ گردیتی ہے۔ کثر مانتوں میں یہ غیر شفاف حصے بہت ہی نایف خیال کی طرح معلوم ہوتے ہیں اور ابتدا ہی سے تمام قشری حصہ میں پھیلے ہوئے نظر آتے ہیں۔ پھر اتنا دیر زمانہ سے اپنی تعداد اور دباؤ میں بڑھتے جاتے ہیں۔

جب مذکورہ طریقہ پر کئی نزول الماء ہوتا ہے تو اس کی شکل و ہئیت یکساں ہوتی ہے۔ بعد کو اس میں سے بطورت مانی بذب ہو جاتی ہے۔ غلاف مونا پڑ جاتا ہے اور پورا عدسہ سکڑ جاتا ہے جس کی وجہ سے عنبیہ میں رگاشی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ علاوہ ازیں دوسرے فساد کی تغیرات مثلاً ٹکس وغیرہ بھی رونما ہو جاتے ہیں۔

نزول الماء کی مذکورہ قسم جسم ہانی کے مفر من التهاب اور کئی ذرق الماء Absolute glaucoma التهاب شبکیہ دشمنیہ۔ التهاب شبکیہ منتشرہ۔ التهاب شبکیہ اور تو ند واسے التهاب کے علاوہ قریہ کے صدیدی التهاب اور خصوصیت کے ساتھ قرصہ سامیہ کی صورت میں بھی پیدا ہو جاتی ہے۔

عدسہ کے موخر قشری حصہ کی کوکبی سفیدی خاص طور پر رتوند واسے شبکیہ میں پیدا ہو کر رہتی ہے اور اس کی ترقی کو ہم دیکھ بھی سکتے ہیں۔ نزول الماء کے پیدا ہونے سے پہلے ہی بنیانی خراب ہو چکی ہے۔ مگر اس نقطہ کا خیال اندازہ میں کی حیثیت سے ضروری ہے۔ کیونکہ عمل جراحی کے ذریعہ اگر عدسہ کو کامیابی کے ساتھ نخل بھی جائے تو بھی بنیانی اچھی نہیں ہوتی۔ لہذا ایسی صورت میں مرکزی اور جانی بصارت کا امتحان بہت ضروری ہے اور اس کے ساتھ قریہ کی موخر سطح پر رسوبی نقاد کا بھی خیال رکھنا چاہئے۔

علاج۔ مرض کے سبب کو رفع کریں یا خود مرض کا علاج کریں۔ مگر اس کا علاج عموماً تکلیف دہ اور غصیہ اطمینان بخش ہوتا ہے۔ جب تک بنیانی اچھی حالت میں رہے علاج کو جاری رکھیں۔ اگر احساس نوز اور احساس محل نور بہتر اور نزول الماء کا اپریشن مناسب ہو تو سوئی کے ذریعہ اپریشن کر دیں۔ مگر اس امر کا فیصلہ مریض کی عمر پر ہوتا ہے۔ صغیر سن میں سوئی کو استعمال کرنا چاہئے اور ۵۰ سال کی عمر کے بعد شگاف دیکر عدسہ کو نکالنا چاہئے۔

چونکہ ایسی آنکھوں کی بنیانی اچھی نہیں ہوتی، اس لئے اکثر مریضوں میں اپریشن کرنا مناسب نہیں ہوتا۔ لیکن اگر کامیابی کی امید ہو تو جراحی عمل کر دینا چاہئے۔ کیونکہ بنیانی کا کسی حد تک بہتر ہو جانا مریض کے فائدہ پہنچا دے گا۔

سے مرہبہ بک اپر سے میں اپنے مہبہ کا ایک حصہ کاٹ کر الگ کر دیں

نزول الماء ذیابیسی | یہ بی ثانی نزول الماء کی ایک قسم ہے ذیابیسی کے مریضوں میں نزول الماء پایا جاسے تو ہمیشہ یہ ضروری نہیں کہ ذیابیسی کا خیمہ ہو۔ ایسے مریضوں کو تشخیصی نزول الماء ہو سکتا ہے۔ اگر ایسا ہو تو اس کا منہ سب عدت کرنا۔

پایا ہے کہ ذیابیسی کی موجودگی میں غذا اور دوا کے ذریعہ ذیابیسی کا علاج بھی ضروری ہے۔ معادق نزول ذیابیسی ثانی و درہی پایا جاتا ہے۔ اور جب ہوتا ہے تو دونوں سنگھریں میں ذیابیسی نزول الماء میں مدد کے نشی حید میں سفیدی پیدا ہو کر سب سے مدد میں پھیل جاتی ہے جب مدد کے اندر یکساں جوہر پر دو عیا قسم کی سفیدی تیزی کے ساتھ پھیلی ہوئی دیکھی جاسے تو اس کا باعث ذیابیسی کو سمجھنا چاہیے۔ مگر یہ۔ شکر انگریزی کے سے قورہ کا امتحان ضروری ہے۔

جن مریضوں کے قورہ میں شکر بہت زیادہ غایج ہوتی ہے ان میں ذیابیسی نزول الماء پایا جاتا ہے۔ مگر اس کا وجود خزانہ مقدم میں شکر کی موجودگی سے نہیں ہوتا۔ کیونکہ خزانہ مقدم میں شکر کی مقدار مقدار میں ہوتی ہے۔ اس سے نزول الماء پیدا ہو سکے، اس نزول الماء کا اصل سبب اب تک انتہائی کوشش کے وجود نہیں ہوا۔ جو کہ جملہ ہرین کا خیال ہے کہ رطوبت لغاوی میں کچھ مضر اجزاء پاسے جاسے ہیں جس کی وجہ سے اس قسم کا نزول الماء پیدا ہوتا ہے۔

اگر ذیابیسی کا عمومی معنی کامیاب ثابت ہو تو اس نزول الماء کا آپریشن کر دینا مناسب ہے۔ حالانکہ ذیابیسی کے مریضوں میں آپریشن کے ساتھ خطرات کا امکان ہوتا ہے لیکن ان خطرات کے باوجود خرابی میں نہیں ہوتا ہے۔ یہ بھی مدار میں کے متعلق معالج کو غور و فکر سے بعد کوئی سبب قرار دیا جاسے۔ ذیابیسی کے مریضوں میں زہر کا اندمال مہذبات کے مطابق نہیں ہوتا ہے۔ لیکن قریب کا ختم آپریشن کے بعد بہت حد تک مدلل ہو جاتا ہے۔ اس کے آپریشن میں مقامی اور عمومی دونوں خطرات پاسے جاتے ہیں۔ مناسب آپریشن سے اپنے نسوین کے آپریشن دیے جاتے ہیں۔

مندی اس سے شدید شہاب عنیبہ و نزول الماء اہم خطرات ہیں۔ آپریشن میں تنبیہ کو چھیڑنا۔

وری بہت دور سے بعد شدید التھاب غنہ پیدا ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ غنہ کو کائنات کے بعد اس قدر شدید
فائدہ کا امکان ہوتا ہے کہ جس کی وجہ سے اپریشن کرنا مشکل ہو جاتا ہے۔ دراپریشن میں شکر ہونے کے علاوہ
ذرت الدمہ آنکھ کے لیے بھی خطرناک ہو سکتا ہے۔ اپریشن کے دوران میں زجاجیہ کے اندر یا شیمیہ کے نیچے
فائدہ کی وجہ سے آنکھ بالکل منہوش ہو سکتی ہے۔ اسی لیے اس قسم کے نزول امار کے اپریشن میں غنہ کا کائنات
بہت مناسب نہیں ہوتا۔ اگر تشع غنہ ضروری ہو تو صرف سر سے پرچھو، سوراخ بنانا چاہیے۔

اس میں بیوی لکھی ذیابیشی کا خطرہ ہوتا ہے۔ مگر یہ نہایت مہینوں پر راجح ہو جاتا ہے۔ ان خطرات کی
وجہ سے نہ سب ہے کہ اپریشن سے پہلے ذیابیشی کا من سب علاج نویں وغیرہ کے ذریعہ کر دیا جائے۔ مذکورہ
وی خطرات کے علاوہ غنہ کی آمدی کا خطرہ بھی بہت کم ہے۔ مگر بعد میں ہونا سے تو آنکھیں صدمہ دی گئی ہیں۔ انتخاب
پیدا ہونے کی وجہ سے آنکھ بہت جلد خراب ہو جاتی ہے کیونکہ آنکھ کی قوت مدفعوت بہت کم ہوتی ہے۔

ہونا یہ نزول امار ان مہینوں میں پیدا ہوتا ہے جو عرصہ سے بہر شراب کی
ہوئیں یا پیت۔ انکو اس وغیرہ بناتے ہیں۔

یہ تیوالوں کا نزول الماء
عمدہ جوری ہوئیں بتانے والوں اور لکھے ہوئے تھے کہ وہ مختلف اشیا
یار کرنے والوں میں نہیں پایا جاتا۔

اس نزول الماء کی خصوصیت یہ ہے کہ عرصہ کے موخر قشری حصہ کے اندر پہلے قرص غنہ کی قوت ہوتی ہے
و بعد میں برہر تمام عرصہ کو گھیر لیتی ہے۔ لکھے ہوئے تھے کہ جو شعاعیں نکلتی ہیں ان میں فوق ہشتی شعاعیں ہی
ہوتی ہیں۔ ہمارا خیال ہے کہ یہ شعاعیں نزول الماء کا سبب نہیں ہوتیں۔ بلکہ گرمی اس کا سبب ہے جو بدو اسط
مدہ پر اثر نہیں کرتی۔ مگر غنہ اور جسم ہڈی پر اثر انداز ضرور ہوتی ہے۔ اس کی وجہ سے عرصہ کے تغذیہ پر بھی نقص
ثر پاتا ہے۔ یہ ہم پہلے بتا چکے ہیں کہ گرمی کی شعاعوں کو شبکیہ اور جسم ہڈی کے زئین بشری فیضات جذب کر لیتے ہیں
نہ توگٹ (Vogt) نے خرگوش کی آنکھ میں ۶۰ سے ۷۰ طول موج والی شعاعوں کے ذریعہ ایک گھنٹہ
میں قشری نزول الماء پیدا کیا۔ زمانہ حال کے ماہرین نے تجربہ کیا ہے کہ وہ سب کے بعد ان کا ذیابیشیہ اور
بہت کم چاروں پر قشری پر عرصہ والوں میں بھی ایسی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ حالت وہ سب کے علاوہ سر کے عرصہ کے

ہوتا ہے۔ اس میں تین ذیلی باتیں شاید اس کی وجہ یہ ہو کہ یہ دو گے چمکے ہوئے لوہے کی طرف نہیں دیکھتے یا دیکھتے ہیں۔
 تاکہ باہر سے دیکھ لگے۔ جتنا ہیں جو دو گے لوہے کے ٹکڑوں کو گیس کے ذریعہ جوڑتے ہیں ان میں نزول المار نہیں پیدا
 ہوتا۔ تاہم اس کی وجہ یہ ہے کہ یہ دو گے اپنی آنکھوں کو بچانے کے لئے گہرے رنگ کا چشمہ لگاتے ہیں۔
 ٹیکوینا چین ہاپان کے فائز نقل جوں میں ۱۴ سے ۱۵ برس کی عمر تک نزول المار پیدا ہوتا ہے۔

مدسہ کی خلقی اور غیر طبعی حالتیں

فکسی نزول المار کے بنیہ بھی مدسہ کی شکل اور اس کے محل کی غیر طبعی حالتیں دیکھنے میں آتی ہیں اور ایسی صورتوں
 میں آنکھ کی حالت بھی طبعی نہیں ہوتی۔

مدسہ کے پچھلے سرے میں پایا جاتا ہے یہ ایک قسم کی دندانہ دار حالت ہے جو بعض اوقات
 مدسہ کے کنارے کے علاوہ دوسرے مقامات پر بھی پائی جاتی ہے۔ اس کا سبب رباط
 معلق کی ٹیکوینی خرابیاں ہوتی ہیں۔

نقص عدسی
 Coloboma of
 lens

مدسہ کے جزئی قطع کی حالت کا نام ہے۔ مدسہ کا قطع اوپر یا اوپر اور اندر
 کی طرف ہوتا ہے۔ دونوں آنکھوں میں اور عموماً موروثی طور پر پایا جاتا ہے۔
 ایسی صورت میں مدسہ چھوٹا ہوتا ہے۔ مگر اس کا ہر کا کنارہ نظر نہیں آتا
 تاہم ذہنیہ مدسہ میں منبسط نہ ہو۔ مگر جزئی قطع کی حالتیں ضرور نظر آتی ہیں۔

قطع عدسی - خلقی قطع عدسی
 Ectopia lentis

عموماً مدسہ کی موخر سطح میں یہ حالت پائی جاتی ہے۔ حقیقتاً یہ اس کے انخار کی غیر طبعی حالت ہے۔
 یعنی وہ گردی ہوئے کے بجائے کسی مد تک محزوطی ہو جاتا ہے اس کا معائنہ زائیس کی
 خوردبین سے کیا جاسکتا ہے۔

محزوطی مدسہ
 Lenticonous

امراض زجاجیہ

زجاجیہ مدسہ کی منجمد جینی نمائندہ ہوتی ہے۔ جو آنکھ کے اندر نظر کی حال انجام دیتی ہے۔ اس کے اندر عروق
 یہ دیکھ نہیں جاسکتے۔ اور اس میں استباب نہیں پیدا ہو سکتا۔ پراسے ماہرین نے التهاب زجاجیہ کی اصطلاح مقرر

ہوتی ہیں مٹی کی ہے اسی سے اب یہ مصطلح متراکب ہے جس کی صفت معنی مادہ است برکت کی ہوتی گی۔

ان بات میں کبھی آنکھ سے نہ دیکھا دیکھ کر تو کھنکھاتے ہیں۔
یہ بات معمولی صورت میں بھی آنکھ میں بھی پانی پانی تبت حقیقت
اس کو باعث زجاجیہ کے اندر کے دو ایک تواب کو سے ہیں جو

زجاجیہ کی سجائی حالت یا سفیدی

Opacity

فضا میں سیاہ دھوئیں کی طرح نظر آتے ہیں۔

یہ مختلف قسم کی سفیدیوں میں ہیں جن کو یہ عبقہ شبکیہ پر پڑتا ہے اسی وجہ سے

مشابہ ذباب (سیاہ داغ بیلے)

فضا میں سیاہ دھوئیں نظر آتے ہیں کوئی پوشیدہ شے جو جسم غرضی و جسمی
اس کے خاندان آنکھ سے اندر دفع ہو اس کی وجہ سے یہ دھوئیں دکھائی دیتی ہیں

Muscae volitantes

عروق دمویدہ میں جو کثرت حرکت کرتے ہیں ان کی بھی جی حالت ہوتی ہے گر آنکھ کو شرح روشنی سے بھی رہا نہ جاتا
بت اسی سے ان کو کثرت حرارت کی وجہ سے نیانی تر کوئی فریب نہیں پیدا ہوتی ورنہ یہ جی خرابی کا باعث ہوتے۔

زجاجیہ میں ایسے ذرات بھی پائے جاتے ہیں جن کو ہم منظار میں سے نہیں دیکھ سکتے۔ ان کی موجودگی کی وجہ

سے فضا میں سیاہ دھوئیں نظر آتے ہیں غیر طبعی حالت میں یہ سیاہ دھوئیں بہت زیادہ نظر آتے ہیں۔ رات
بم زجاجیہ کے اندر کے ان ذرات کو منظار میں سے دیکھ سکتے ہیں۔ ان ذرات کی موجودگی طریق عینی و شیمی کے مرتبہ
کا بین ثبوت ہے۔ اور جسم ہر ذرے کے التاب کا ان سے خاص طریقہ پر پتہ چلتا ہے شبکی شبکی التاب اس کے سوا وہ

تصر بصر میں بھی پایا جاتا ہے۔ جب یہ ذرات بہت کم ہوں تو صورت غبار کی صورت پیدا ہوتی ہے۔ اسی صورت
میں یہ ذرات تمام زجاجیہ میں یا صرف اس کے مقدم حصہ میں محدود ہوتے ہیں۔ اگر یہ بہت ہی خفیف ہوں تو
سطح مرآۃ اور محدب عدسہ کی مدد سے ہم ان کو ملاحظہ کر سکتے ہیں۔ حقیقتاً یہ معمولی انجم و د سے جسم بھینسیہ یا
مجمع کرایت بیضا ہوتے ہیں۔ اجسام بھینسیہ اور جسم ہر ذرے سے اس مقام پر حاصل ہوتے ہیں اور کثرت بھینسیہ

کا گرد جسم ہر ذرے یا عبقہ شبکیہ سے حاصل ہوتا ہے۔ زیادہ شدید حالتوں میں یہ ذرات گلاسے یا عینہ کی صورت اختیار
کر لیتے ہیں۔ ان کی موجودگی میں فضا کے اندر کبھی تک ذرات اس قدر صاف نظر آتے ہیں کہ سمجھ رہے ہیں کہ ان
ان کا نقشہ بنا کر دکھا سکتا ہے بڑی اور زیادہ حجم کی سفیدیوں زجاجیہ کے اندر ان مقادیر پر پانی مانی ہیں جس سے

نزف اندر موی پکا ہو یا جو ٹھیکس نزف ان موالی جگہوں سے قریب ہوں۔ یہ سفیدیوں عام طور پر ادھر سے ادھر
 ذراتی ذراتی ہوتی ہیں جس سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ زجاجیہ سیال ہے۔ اور کبھی یہ شبکیہ کے ساتھ ملتی ہوتی ہیں
 کہ یہ سفیدی یا غیر شفاف حصے زیادہ دبیز ہوں تو منظر عین سے دیکھنے پر طبقہ شبکیہ پوری طرح صاف
 نہیں دکھائی دیتا۔ مگر جب توسط درجہ کی ہوں تو قرص بصری اور شبکیہ کے عروق دھوی نظر آتے ہیں۔ مگر صاف
 نہیں ملکہ کہہ سکتے ہیں۔ قرص بصری معمول سے زیادہ سرخ نظر آتی ہے اور بعض اوقات اس امر کا فیصلہ کرنے مشکل
 ہوتا ہے کہ اس میں التهاب موجود ہے یا نہیں۔

اگر یہ کیفیت زیادہ اور شدید نہ ہو تو مرئی علامتیں آنکھ کے اندر منظر عین سے نظر نہیں آتیں جس کی وجہ یہ ہے
 کہ یہ جزائے نکو میں بہت ہی خفیف ہوتے ہیں اور دکھائی نہیں دیتے یا منظر عین کے میدان بصر سے علیحدہ واقع ہوتے
 ہیں یعنی جسم اپنی یا شبکیہ کے مقدمہ میں پائے جاتے ہیں۔

علاج۔ جب یہ حالت خفیف درجہ کی ہو اور مرئی علامات نہ پائی جائیں تو بڑا واسطہ علاج کی ضرورت
 نہیں ہوتی۔ یہ صورت میں مریض سے کہیں کہ وہ دھبوں کی طرف خیال نہ کرے کیونکہ بعض اوقات ان دھبوں کے
 نظر آنے کی وجہ یہی ہوتی ہے کہ فاعل طور پر مریض ان دھبوں کی طرف توجہ کرتا ہے۔ اگر عینک سے بینائی درست
 ہو سکتی ہو تو اس کو درست کر دیں اور باریک کام کلاچ کے کرنے کے متعلق مناسب ہدایتیں کریں۔ مریض کے فلاح منہم
 میں فراہم ہوں تو ان کی طرف توجہ کی جائے۔

گر جب یہ حالت شدید اور زیادہ ہو تو اس کے اسباب کے مطابق علاج کیا جائے۔ بشرطیکہ سبب کا علم ہو سکے
 مثلاً جب التهاب غنیمہ جسم اپنی موجود ہو یا آتشکی التهاب شبکیہ ہو یا شبکیہ و شبکیہ التهاب یا حریت اپنی مشیمی
 کا درنی التهاب موجود ہو تو ابتدائی مرکز کا علاج پہلے شروع کر دیں۔ مگر جب سبب کا پتہ نہ چلے تو مریض کو زیادہ
 استعمال کریں کیونکہ اس سے قوت بازا میں نہ پائی ہوتی ہے اور اس کے ساتھ پارہ کے مرکبات ہلکی ٹیپے جاس
 موانع جن کو تنگ ہو یا نہ ہو تنگ کو سکون و آرام کی حالت میں رکھا جائے۔ ایسروپین آنکھ میں ڈالی جائے
 سیدہ زینب آنکھ پر رکھا جائے یا سرکہ یعنی تیز نورک محلول سے آنکھ کو متعدد بار دھوئے اور سیکھیں۔ چونکہ اس
 رکنا سہ سے نیچے نکلیں سیال کی سبب دھیرے دھیرے میں گر شدید التهابی حالت میں یہ سبب صورت میں۔ جنہ

زجاجیہ کاسیال ہوتا

Fluidity of vitreous

اس کا سبب یہ ہے کہ زجاجیہ کے اندر سے الیاٹ جذب ہو جاتے ہیں۔ اور اس کے اندر فساد پیدا ہو جاتا ہے۔ الیاٹ کا انجذاب ورفند کریت ہینا سے عمل مضمر اور ان کی مہر شحہ رویت سے نور پذیر ہوتا ہے۔ یہ حالت میں وقت بڑھتا ہے۔ جب کہ زجاجیہ کے اندر غیر شفاف گلاسے اڑتے ہوئے نظر آتے ہیں۔ اگر زجاجیہ کے اندر غیر شفاف گلاسے ہوں تو زجاجیہ کے کاسیال ہونے کی تشخیص ممکن نہیں ہوتی۔ ان کی موجودگی کی صورت میں اگر مرہین سے نکل کر حرکت دینے والے گلاسے کو آگے کو پیچے اور حرکت دینے پر یہ گلاسے رکتے ہوئے نظر آتے ہیں۔

زجاجیہ کاسیال ہونا کبھی شجودت کی حالت ہوتا ہے یا یوں سمجھ لیجئے کہ اس میں زجاجیہ کاسیال ہو جاتی ہے۔ ہر حال اس کے سیال ہونے کی حالت میں تو مرہین طبعی حالت میں رہتا ہے۔ جن ٹنگیوں کا مرہین کہ ہو یا اس سے اندھا میں یوں کہنا جاسکتا ہے کہ جو ٹنگیں نرم ہوں ان کے اندر زجاجیہ کاسیال ہوتی ہے۔

زجاجیہ جن حالات کی وجہ سے سیال ہو جاتی ہے وہ اس کے اندر کوسرین کی غلیں بھی پیدا کرتے ہیں۔ اگر کچھ کوہنے اور جلد جلد حرکت دی جائے تو یہ غلیں بھی نظر آسکتی ہیں۔ ان کے متحرک ہونے پر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ آنکھ کے ذریعہ سے قطرے گھر رہے ہیں۔ لیکن جہ کہ ان کی موجودگی میں بنیانی میں بہت کم خرابی واقع ہو۔

زجاجیہ کاسیال ہونا خاص طور پر بلج صلب نہیں۔ مگر آپریشن میں تکلیف دہ ضرور ہے۔ کیونکہ ایسی ٹنگیوں میں عدسہ کا مدد ملتا ضرور ہوتا ہے۔ یعنی آپریشن میں باہر کہ زجاجیہ اور عدسہ کے نخل سے کا خطرہ رہتا ہے۔ بالآخر غرض اندر زجاجیہ نکل جاتی ہے تو اس کی جگہ لٹ دی۔ مطلوبت پر گردی ہے اس لئے بنیانی پر کوئی بڑا اثر نہیں پڑتا۔

زجاجیہ کے اندر زرق الدم

زجاجیہ کے اندر زرق الدم صلب شریانی یا انتہائی شبکیہ کی وجہ سے ہوتا ہے۔ فقر الدم خبیثہ۔ طیریاکی وجہ سے اور ہا کسی سبب کے بھی ہو سکتا ہے۔

چھوٹے چھوٹے زرقی مقامات کا معائنہ آسانی سے کیا جاسکتا ہے حالانکہ زجاجیہ کے چار طرف ارتشاح کی کیفیت موجود ہوتی ہے۔ مگر زرقی مقامات جن کی وجہ سے زجاجیہ خون سے بھر جاتا ہے ان کے متعلق اس وقت شک ہوتا ہے جب کہ آنکھ کے اندر روشنی ڈالنے سے نوری انعکاس ناممکن ہو۔ ایسی حالت میں بھی توتیر موری کے ذریعہ عدسہ کے پیچھے خون کے

وتمزوں کا دیکھائی دینا ممکن ہے۔

بہت ہر تندرست جوان تمام میں زجاجیہ کے زفت الدم کی ایک ایسی حالت پائی جاتی ہے جس میں زفت الدم بہت شدت کے ساتھ جوتا ہے۔ ہمارا خیال ہے کہ اس کا سبب خون کی کوئی نہ کوئی خرابی ہے جس میں خون یا تو بہت نپک یا تو زیادہ میں بھرد ہو کر رہتا ہے۔ ایسے مریضوں میں سے بعض کمالات (ذکییر) کی شکایت بھی کرتے ہوتے ہیں۔ جب زفت الدم کی یہ حالت پایا جاتا ہے تو یکے بعد دیگرے دونوں آنکھوں میں ہوا کرتی ہے اور بار بار اس کا غاڑا ہوتا ہے اور کبھی طور پر انجذاب دم ہو جانے کے باوجود بھی آؤں میں بنیائی خراب ہو جاتی ہے۔ مینائی کی خرابی کا باعث شبکیہ کی خرابی ہو سکتی ہے چونکہ زجاجیہ کے اندر مدوق نہیں ہوتے۔ اس لئے غیر انسحب کے بنے ہوئے اس کے اندر سے خون کا انجذاب نہیں ہو سکتا کیونکہ اس کے اندر لیاٹ بنائے ہوئے غلیظات موجود نہیں ہوتے۔

علاج ہر حالت میں سکون کی اشد ضرورت ہوتی ہے۔ شرع میں مریض کو بستر پر آرام کے ساتھ لیٹنے کی تاکید کی جائے اور تمام ایسی حرکات کے لئے منع کر دیا جائے جس میں کسی قسم کا زور پڑے۔ اگر زفت الدم بار بار ہو تو خون میں انجذاب کو بنانے والی دوائیں مثلاً کلیم کے نکلیات وغیرہ دیے جائیں اور دوران علاج میں انجذاب دم کا معائنہ بھی کرتے رہیں۔

زجاجیہ کے اندر لیمفی ساخت کی پیدائش یہ حالت التهاب ہر بنی والی التهاب یعنی کون میں بکھی جاتی ہے۔ اس میں عدد کے پیچھے زجاجیہ کے اندر عثائی ساخت پیدا ہو جاتی ہے۔ مگر ان حالات میں چونکہ عدد غیر شفاف ہوتا ہے اس لئے یہ بھٹی نظر نہیں آتی۔ بچوں میں جب تحت اعاد التهاب باطن عنبیہ رونما ہوتا ہے اس

بہت سے کاذب ورم یعنی (Pseudo glioma) پیدا ہو جاتا ہے، سب سے پہلے بچے کی مان کو اس کا پتہ چلتا ہے۔ بچے کی آنکھ پر ایک قسم کی سفیدی نظر آتی ہے۔ بیان کیا جاتا ہے کہ اس کے قبل آنکھ میں التهاب نہیں ہوتا تھا۔ اس کے بعد معلوم ہوتا ہے کہ ام العنبیائی دورے اور سیلان الاذن خسرو۔ جمی قرمز یہ یا کوئی دوسری شدید بیماری بچے کو لاحق ہو چکی ہے۔ متعدد مریضوں میں اس کو باعث گردیات سمجھا گیا ہے۔ عموماً سابقہ التهاب عنبیہ کے نشانات پاسے جاتے ہیں مثلاً مورخاں عنبیہ وغیرہ موجود ہوتا ہے۔ اس کو ورم یعنی عنبی (سلعہ خبیثہ شبکیہ) سے تشخیص کرنا بہت ضروری ہے۔ التهاب شبکیہ شکار بھی اس کا سبب ہوتا ہے۔ آتشکی، درنی، نقرسی دجہ سے نوزائیدہ عروق دموی قریب عنبی یا شبکیہ سے زجاجیہ کے اندر پھونک کر یہ حالت پیدا کرتے ہیں۔

جاجیہ کے اندر تعلق

زجاجیہ کے اندر صرف کتاب کل یعنی کی صورتیں پپ پڑا ہوں تب جس کو جاجیہ کہتے ہیں وہ فزیہ ہوتے ہیں یعنی جسم کے مددی کتاب تکیہ و شبکیہ سے جی رہا ہوتا ہے۔ فیزیہ کی موجودگی میں منظر میں کو فیزیہ نور کا بہت قزاق یا نامیب ہوتا ہے۔ فیزیہ پوری کے فیزیہ دیکھتے پر مدد سے پہچنے زدہ رنگ کا وہ نظر آتا ہے۔ آنکھ میں شدید کتاب موجود ہوتا ہے اس کی تھیں تھیں کچھ شکل میں ہوتی تھیں سے مددی شامل ہونے کی صورت میں اس کا علاج صرف یہی ہے کہ آنکھ کو نکال دیا جائے گرنہ فیزیہ مددی کی وجہ سے یہ حالت پیدا ہو تو آنکھ کے علاج کے ساتھ پپ کو بھی علاج کیا جائے۔

جینی شریان شفاف کا پیدائش کے بعد قائم رہنا
 Persistent hyaloid artery
 جینی زجاجیہ نے میں شریان شفاف زجاجیہ و مدد کے موخر غلات کو خون پہنچاتی ہے جینی زندگی کے چھ ساتویں مہینہ یہ شریان

مدد ہو جاتی ہے۔ در پیدائش کے بعد بالکل مفقود ہو جاتی ہے اس کے محل وقوع پیدائش کی جاسے بدست قرص چہ ی تک ایک یعنی رانت ہلون کے اندر طبعی حالت میں بھی پانی جاتی ہے۔ اور قرص بھری سے زجاجیہ تک جاتے ہوئے ریشے نظر آتے ہیں۔ انسان میں بھی بعض اوقات یہ بقیہ چیزیں مٹی ہیں۔ در خوردبین سے مدد کر کے یہ نظر آسکتی ہیں۔ مدد کی موخر سطح کے مرکز سے ۱-۲ ملی میٹر انٹی بائیں پیچیدہ خیط کی صورت میں ریشے سے ہیں بعض اوقات یہ نہ مذہبی ہوتے ہیں اور مدد کی موخر سطح پر گوں دھبے کی صورت میں نظر آتے ہیں۔ اس کو غلطی سے بھی مدد موخر قبلی نزول المار سمجھ لیتے ہیں۔ ان حالتوں میں موخر غلات کو بھی کچھ حصہ باقی رہ جاتا ہے جس کی وجہ سے مرکز میں ایک بڑا غیر شفاف رقبہ نظر آتا ہے جو مدد کی موخر سطح پر پایا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں مدد کے موخر غلات میں بھی نقص ہوتا ہے۔ در مدد کے قشری الیاف کی موخر سطح میں نزول المار کی کیفیت موجود ہوتی ہے۔

شریان شفاف بعض اوقات مذکورہ غلات کے ساتھ باقی رہ جاتی ہے۔ اس میں خون بھی موجود ہو سکتا ہے۔ اور مدد کی موخر سطح پر عروق بھی پائے جاسکتے ہیں۔ اس صورت میں اس کو غلطی سے درمضی یعنی سمجھ لیا جاتا ہے بعض ماہرین اس کو کاذب درمضی بھی کہتے ہیں۔ شریان شفاف کے باقی رہنے کی حالت کی خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ خاکستری رنگ کا ایک غشائی خزمہ جس میں خون بھی ہو سکتا ہے، قرص بھری سے مدد تک آتا ہوا نظر آتا ہے۔

زب و جوبہ ہو تو بچوں یا جنس کے زب و جوبہ کی کوئی چیز نہیں ہونی اس کا ایک حتمی سبب اس سے مشابہ ہونا ہے
 زب و جوبہ میں زرم اور بعض جانوروں میں بالکل زب ہو جاتی ہے کبھی پوری آنکھ طبعی حالت سے چھوٹی
 ہوتی ہے۔

آنکھ کے اندر بندوستان میں دودھ کیسہ نشا دہنا درپا جاتا ہے۔ مگر
 دوسرے ممالک میں اکثر مذہب۔ اس یعنی حیوان کو زب و جوبہ کے اندر
 منظر عین کے ذریعہ دیکھا جاسکتا ہے۔ جب یہ وجود ہوتا ہے تو زب و جوبہ

زجاجیہ کے اندر طفیلی حیوانات

Parasites in the vitreous

کے اندر درجہ شفاف شکل میں نظر آتا ہے جس کے اندر حرکت دودھ دیکھائی دیتی ہے۔ اس کا لگاؤ ثابت ہوتا ہے
 ہے۔ بزرگ کے آنکھ کے شفافہ میں نیرے ماسے میں سے پردہ فیرنے نہایت ہوشیار سی ست اسکو نکال دیا جائے
 مریض میں سبقت طفیلی حیوان طبقہ شکلیہ و شیمی کے درمیان میں موجود تھا۔

زرق الماء - تیل پانی (Glaucoma)

زرق الماء آنکھ میں مختلف وجوہ سے بطور عرض کے ظاہر ہوتا ہے جینی فی نفسہ یہ خود کوئی مرض نہیں بلکہ
 ایک عرضی حالت ہے اس کی علامت یہ ہے کہ تو ترعین بڑھ جاتا ہے۔ پٹے بیان کیا جا چکا ہے کہ آنکھ کے اندر دبا
 کی، یہ فی سبب وجوہ کیا ہوتے ہیں اس جگہ پر دوبارہ ہم ان کو ذکر کرتے ہیں۔

(۱) رطوبت مفادی کو آنکھ کے اندر زیادہ پیدا ہونا اور اس کی نکاسی کا عملی حالہ باقی رہنا یا طبعی حالت
 سے بھی کم ہو جانا۔

(۲) آنکھ کے اندر رطوبت مفادی کے اخراج میں کسی رت، فیرو، اس کی پیدا نشی، ہی۔ رت میں جو
 طبعی حالت سے بڑھ جائے۔

یہ اذیتیں ہوتا تو ترعین کی زیادتی رطوبت مفادی کی نکاسی سے توجہ سے ظہور میں آتی ہے۔ مگر اس
 وجہ رطوبت مفادی کی پیدا نشی میں زیادتی پیدا کرنے واسطہ اسباب ہی اس کا سبب ہوتے ہیں تو ترعین کو
 سبب کی دو چیزیں ہیں۔

۱۰۰۔ حالت میں تو نہیں اور عموماً جب تک بڑھتا ہے خزانہ مقدم کی گہرائی زیادہ ہو جاتی ہے اور اس کے

ساتھ جسم ہڈی کے التہاب کی علامتیں نمایاں ہوتی ہیں۔

۱۱۔ دوسری حالت میں تو زمین کی زیادتی کے مختلف مارج ہوتے ہیں اور ان کے علاوہ ہوتا ہے۔ یہ

اس کے ساتھ ساتھ وراثت کی تمام علامتیں ہوتی ہیں۔ دوسرے سبب بدبو، جسم ہڈی کی تہائی مدد میں ہلکی نہیں ہوتی بلکہ
بہت شاذ و نادر پر پائی جاتی ہیں

ان دونوں حالتوں کو علیحدہ علیحدہ چھپتے ضروری ہے۔ کیونکہ ان کے سبب مختلف ہوتے ہیں اور ان کی مرضی
بیضیوں میں بھی فرق ہوتا ہے۔ سی وجہ سے ان کا علاج بھی یکساں نہیں ہوتا ہے۔ زرق امار کو پسیدہ ہونا
دوسری حالت کے ساتھ زیادہ ہوتا ہے۔

زرق المار صادق (True Glaucoma) اس کی دو قسمیں بیان کی جاتی ہیں (۱) ابتدائی
(۲) ثانوی۔ ابتدائی زرق المار کی علامتیں ہیں: (۱) عموماً، ابتدائی زرق امار بغیر کسی ظاہری
سبب کے شروع ہوتا ہے۔

چونکہ ثانوی زرق امار کی مرضی تشریح مکمل طور پر معلوم ہو چکی ہے۔ اور اس سے ہم کو ابتدائی زرق امار کی
مرضی حیثیت کے سمجھنے میں بھی مدد ملتی ہے اس لئے پہلے ثانوی زرق امار کے تعلق بیان کیا جاتا ہے۔

اس کے قبل جو معلوم ہو چکا ہے کہ التہاب جسم ہڈی و عینی کے سلسلہ میں تو زمین کو
بڑھتا اس امر پر منحصر ہے کہ خزانہ مقدم کے زاویہ ترشح میں نقص ہوتا ہے۔ کیونکہ خزانہ
مقدم کے اندر رطوبت مائی زیادہ گھاڑھی ہو جاتی ہے۔ ثانوی زرق المار ہمیشہ آن

ثانوی زرق المار
Secondary
glaucoma

رہا دونوں کے سبب سے پیدا ہوتا ہے۔ عموماً یہ رکاوٹ قزونی پٹی اور عینی جراثیم کے انفیاضات کی وجہ سے
پیدا ہوتی ہے جن کی وجہ سے زاویہ ترشح بند ہو جاتا ہے اور رطوبت کی نکاسی نہ ہو سکے کی وجہ سے تو زمین زیادہ
جاتا ہے۔ زرق المار کے پیدا ہونے کے لئے ضروری ہے کہ زاویہ کا محیطی بڑا حصہ تباہ ہو جائے۔ یہ انفیاضات حالت
بڑھ کر تمام محیط پر پیدا ہو جاتی ہے۔ ایسی صورت میں اس کی وجہ سے زاویہ بالکل بند ہو کر زرق المار پیدا ہو جاتا ہے
بعض اوقات یہ بھی دیکھی گیا کہ رباط مشطی عینی کی غلاؤں میں کراتین بٹیر پھنک کر ان کو بالکل بند کر دیتے ہیں اور رطوبت

۲۲۵
استرکنا ہے۔ یہ حالت خصوصیت سے ساتھ مخدوش ہونی ہے کیونکہ اس کی تشخیص شکل ہی میں بلکہ نامکمل ہے۔

عنبیہ کا حلقہ نما الصاق موخر جب اس قسم کا الصاق پیدا ہوتا ہے تو خزانہ موخر سے نرانا مقدومین بابت
Antular posterior synchia
نہیں آگتی یعنی جو رطوبت مفاد می جسم بدنی سے مترشح ہوتی ہے وہ نرانا

موخر سے حد قدیمین سے راستہ نرانا مقدمہ میں پہنچ ہی نہیں سکتی۔ اس کی وجہ

سے عنبیہ سامنے کو پھولتا ہے۔ اور کئی رول پر عنبیہ، قرونوی صلیبی جارا، انصاف سے ساتھ خلق ہو جاتا ہے۔ زیادہ تر

ایق الصاق میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ لہذا جو رطوبت مفاد می آنکھ کے اندر مترشح ہوتی ہے اس کے بہہ نہ نکلنے کی وجہ

سے آنکھ کا تو تر پڑ جاتا ہے۔ اگر اس رکاوٹ کا پریشن کے ذریعہ تدارک نہ کیا جائے تو ثانوی حورہ پر زرق الما پیدا

ہو جاتا ہے اور آنکھ کی بینائی بنائی ہوتی ہے۔ زیادہ حورہ تک تو قدیمین کے بڑھ رہتے ہیں۔ اس میں فساد می

تغیرات پیدا ہوتے ہیں۔ دوران سے مفاد می رطوبت زیادہ نہیں پیدا ہوتی۔ اس وجہ سے تو تر بین دو بارہ جسمی

حالت پر آ جاتا ہے۔ یا طبعی حالت سے بھی کم ہو جاتا ہے، اور آنکھ سے کڑکڑ چھوٹی ہو جاتی ہے۔ شروع نشوونما میں

قطع عنبیہ کے ذریعہ اس کا علاج ہو سکتا ہے۔ اگر قطع عنبیہ کا پریشن ممکن نہ ہو تو شقی قزحی کرنا چاہیے۔ ایسا کرنے سے

خزانہ مقدمہ موخر کے درمیان خلق قیام ہو جاتا ہے۔

عدسی جروح اگر عدسہ مجروح ہو جائے تو چوکر حجم میں بڑھ جاتا ہے۔ اور اس کی وجہ سے عنبیہ سامنے کو بڑھ کر

قرنیہ و عنبیہ سے متصل ہو جاتا ہے۔ اس کے مدورہ پھولا ہوا عدسہ خزانہ مقدمہ کی رطوبت میں

موجود رہتا ہے اور اس رطوبت کے لئے اس مقام سے باہر غایب ہونے میں عاجز ہوتا ہے۔ جناب پر خزانہ مقدمہ کا

زاد یہ کھلا رہ جائے اس کے علاوہ خود رطوبت میں اجزاء عنبیہ کی زیادتی سے بھی یہ حالت رونما ہوتی ہے

قرنیہ کی موخر سطح کے ساتھ محض عنبیہ کا نگار ہنا ہی مستقل طور پر ثانوی زرق الما کے پیدا کرنے کے لئے کافی ہے، لہذا

ایسی حالتوں میں فوراً اپریشن کر دینا چاہیے۔ اگر اپریشن نہ کیا جائیگا تو قرنیہ کے ساتھ عنبیہ ملحق ہو جائیگا۔ اور عدسہ

کے جذب ہو جانے کے باوجود بھی مستقل طور پر زرق الما پیدا ہو جائیگا۔

خلع عدسی عدسہ کا مکمل خلع بھی ہوتا ہے مکمل خلع کی صورت میں

Dislocation of the lens

عدسہ حد قدیمین سے نکل کر خزانہ مقدمہ میں پہنچ جاتا ہے

یہ زرقہ کو بند کر دینا بہر صورت اس وقت میں نہ سمیت کے ساتھ پیدا ہوتی ہے جبکہ اس کے چھپنے غنیہ شدید طور
پر نہیں ہو سکتا اور نہ ہی یہ ہو تو جس طرف کو قح ہو تا ہے اسی طرف مددہ اپنے سامنے غنیہ کو دیکھ لیتا ہے
اور مددہ سے بچتا ہے اور نہ ہی اس کے غنیہ سے زیادہ چھوٹا نہیں ہوتا، اس سے زاویہ کا بہت بڑا حصہ مددہ ہو جاتا ہے۔
نہ ہی زرقہ اور پیدا ہو جاتا ہے۔

آنکھ کے اندرونی سلعات *Intra ocular tumours*
آنکھ کے اندرونی سلعات کی موجودگی میں زرقہ المار کا پیدا ہونا بہرہ ہے۔ مگر اکثر
حالات میں سلعات مددہ اور اس کے ساتھ غنیہ کو آگے کی طرف دھکیل کر زاویہ
زرقہ کو بند کر دیتا ہے۔ صغریٰ میں پیدا ہونے والے سلعات کی وجہ سے دریدی
زرقہ کی طرح سے باہر کی طرف گرت جاتی ہے اور تو ترعین بڑھ جاتا ہے۔

آنکھ کے اندر زرقہ الدم *Intra ocular haemorrhage*
گر جب جیہ اور شبیمیہ کے اندر شدید زرقہ الدم لاحق ہو تو مددہ اور غنیہ کی وجہ
آگے کی طرف دھکیل کر قح سے بچ کر دیتا ہے۔ اور اس کی وجہ سے آنکھ کے
اندرونی سلعات کی وجہ سے جیہ میں اجسام بھینے کی زیادتی اس کو باہر

نکلے گا۔ اگر دقت و موی عروق بڑھ جائیں تو تو ترعین اس قدر بڑھ جاتا ہے کہ منقطع دوی کے برابر
ہو جاتا ہے۔ شبیمیہ کے زرقہ الدم کے بعد قح قسم کا زرقہ المار پیدا ہوتا ہے جس کا سبب بعض اوقات معلوم نہیں ہوتا
درکھی اس کا باعث مرنی و رید کا انسداد ہوتا ہے مگر کہ اس کا سبب یہ بھی ہو کہ آنکھ کی لمغادوی رطوبت ان
زرقہ نامہ سے مختلط ہو جاتی ہے جن میں جب مہینہ زیادہ موجود ہوتے ہیں۔ ان حالتوں کو اگرچہ ہم زرقہ المار
کے نام سے تعبیر کرتے ہیں۔ مگر بہتر یہ ہے کہ ان کے واسطے زرقہ المار کی اصطلاح نہ استعمال کی جائے۔ اگر مختلف شفاف
واسطوں کے غیر شفاف ہونے سے پہلے منظر میں کے ذریعے اس کا معائنہ نہ کیا جائے تو یہ حالت ابتدائی زرقہ المار
کی حالت سے پوری طرح متمیز نہیں ہو سکتی۔ ایسی حالت میں اگر قطع غنیہ کا عمل کر دیا جائے تو شدید زرقہ الدم لاحق ہوتا
ہے، اس لئے اس سے اجتناب ضروری ہے۔

ابتدائی زرقہ المار *(Primary glaucoma)*
ابتدائی زرقہ المار کی وجہ اب تک
معلوم نہیں ہوئی۔ مگر سب سے زیادہ

یک دم کا پیر نہ ہوتا ہے۔ یعنی قرنیہ کے جگر سے محیط مدسی جوف کا اندازہ لگایا جاسکتا ہے۔ ایک ہی عمر کے متعدد مختلف مریضوں کی آنکھوں میں مدسہ کا حجم تقریباً یکساں ہوتا ہے۔ لہذا یہ نتیجہ نکتہ ہے کہ جن آنکھوں میں قرنیہ کا حجم کم ہو ان میں محیط مدسی جوف بھی چھوٹا ہوگا۔ اور ایسی آنکھوں میں زرق المار کے لئے زیادہ استعداد ہوگی، جیسے جیسے عمر بڑھتی ہے خزانہ مقدم گہرائی میں کم ہوتا جاتا ہے، اگر ایسے شخص کا طبقہ قرنیہ بھی چھوٹا ہو تو یقیناً خزانہ مقدم کا زاویہ ترشح بھی چھوٹا ہوگا اور جب اس کے ساتھ رابطہ مشطی مہنی کے الیاف یا تنجاوہیف بھی چھوٹی ہوں تو ان میں سے رطوبت کی نکاسی بہ نسبت اس حالت کے بہت آہستہ آہستہ ہوگی جبکہ ان کے درمیانی رابطہ تجویشی کشادہ ہوں۔ سن رسیدہ اشخاص میں مشطی رابطہ کے الیاف دبیز ہو جاتے ہیں اور ان میں تصلب پیدا ہوا ہو جاتا ہے۔ ان کی آنکھوں کا زاویہ ترشح اگر ذرا بھی کم ہو جائے تو فوراً زرق المار کا حملہ ہو سکتا ہے۔ کسی باسطہ مدقہ دوا کے ڈالنے سے عنبیہ جب اپنے محیطی کناروں پر چرٹ کی صورت میں جمع ہو جاتا ہے تو زاویہ ترشح بالکل بند یا تنگ ہو جاتا ہے کہ زرق المار لاحق ہو جاتا ہے۔ اسی لئے سن رسیدہ اشخاص میں باسطہ مدقہ ادویہ کا استعمال خطرناک ہوتا ہے۔ یہ خطہ اس وقت خصوصیت کے ساتھ زیادہ ہوتا ہے جبکہ ان میں طول بصر موجود ہو۔ اور ان کا خزانہ مقدم طبعی حالت سے کم گہرا ہو۔

جن آنکھوں میں زرق المار کی استعداد ہوتی ہے ان میں نزول المار کے ابتدائی مراح میں جبکہ مدسہ پیوس جاتا ہے تو زرق المار لاحق ہوتا ہے۔ اصولی حیثیت سے چونکہ ایک شخص کی دونوں آنکھوں کی ساخت یکساں ہوتی ہے۔ اسی لئے زرق المار دونوں آنکھوں میں پیدا ہوتا ہے۔ مگر یہ ضرور ہے کہ پہلے ایک آنکھ اور بعد کو دوسری ماؤف ہوتی ہے۔

تو ترنین کے بڑھنے سے حسب ذیل تبدیلیاں رونما ہوتی ہیں۔

خزانہ مقدم جو کم گہرا ہوتا ہے دوا اور بھی پایاب ہو جاتا ہے۔ مادیات کی ابتدا میں طبقہ عنبیہ، صلبیہ و قرنیہ سے متصف نہ لگا رہتا ہے۔ مگر بعد کو اور مزید زرق المار کی حالت میں یہ ان کے ساتھ ملحق ہو جاتا ہے۔ نیز قدرہ مدد و تربک حالت قائم رہتی ہے اسی قدر یہ انقباض مستحکم ہوتا ہے۔ شروع شروع میں اصافی ترشح ہوتا ہے۔ یہ سب ہوتا ہے اور بعد میں صلبیہ کی غلیظ ترشح ضائع ہو جاتی ہے، نیز قناتہ شلیم کی اندرونی دیوار

عقبتہ الصلحہ - ۳۳۹

ہلال -

نقص بعد ہی سہارن پرن مشکاواں - ۱۳۱ و

نہ بھرکی - نہیں ہوا قشہر - ۱۰۵

ہوم ایرو چین - ۱۱۵

ہیلم ہولٹر -

منظرا المین - ۱۳۶

نظریہ - ۱۰۵

بسم اللہ - ۱۰۵ و ۳۱ و ۳۰

۳۰ - ۳۰

زادہ ۴۰ - ۳۳

۳۹۳ - ۳۰

سلو لجمیہ - ۵۴۵ و ۵۴۶

شرافین - ۳۶ و ۳۵

عروق کا احقان - ۱۳۱ و ۳۶

عضلہ - ۳۲

”ی“

(۱) مریض درد کی شکایت کرتا ہے، درد کا احساس اس وجہ سے ہوتا ہے کہ آنکھ کے حتیٰ عصبی الیاف پر تناؤ پڑتا ہے۔

(۲) مریض کو روشنی کے گرد رنگ دار مختلف ہائے نظر آتے ہیں جن کی وجہ یہ ہے کہ قریبی الیاف کی نغظانی طاقت میں فرق آجاتا ہے۔ مدقہ میں معمولی طور پر منبسط ہو جاتا ہے اور غیر متحرک رہتا ہے۔ غالباً اس کا باعث یہ ہے کہ غنیمہ میں تہج پایا جاتا ہے۔ اور ہڈی اعصاب پر دباؤ پڑتا ہے کیونکہ یہ اعصاب مشیمہ میں سی گزیر ہیاں پہنچتے ہیں، طاقت توفیق کی وسعت میں فرق آجاتا ہے۔ اگر بصر شیخوخت لاحق ہو تو اس صورت میں بہت زیادہ بڑھ جاتی ہے۔ اس کی زیادتی کا سبب وہ دباؤ ہوتا ہے جو عضلہ راعصاب ہریمہ پر پڑتا ہے شفاف واسطوں میں تکرر پیدا ہونے کی وجہ سے بنیائی کم ہو جاتی ہے۔ اور خون کے دوران کی سے شبکیہ و نیز بعض بصری کے الیاف پر دباؤ پڑتا ہے۔

شفاف واسطوں میں سماجی کیفیت کی پیدائش سب سے زیادہ ترغیہ میں ہوتی ہے۔ شروع میں اس کا باعث یاف کی نغظانی طاقت کی کمی دیشی ہے۔ اور بعد میں اس کا سبب تہج ہوتا ہے۔ عصبی الیاف پر دباؤ پڑنے سے پتہ بندی جانب کے شبکی الیاف پر اثر پڑتا ہے۔ اس سے بائیں جانب کے میدان بصر پر اس کا اثر ہوتا ہے بعد میں چاروں طرف سے میدان بصر چھوٹا ہو جاتا ہے ورنہ بالآخر بنیائی مفتوح ہو جاتی ہے۔ یہ حالت تمام ایاف میں عمومی کیفیت کی وجہ سے رونما ہوتی ہے۔

شدید اور عارضی حاد زرق المار سے پہلے کچھ علامتیں پائی جاتی ہیں۔ مثلاً مریض شکایت کرتا ہے کہ بعض اوقات تھوڑی

حاد زرق المار Acute glaucoma

دیر کے لئے اس کی بنیائی غائب ہو جاتی ہے۔ اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ آنکھ کے سامنے دھند چھا گئی اور پھر صاف ہو گئی ہے۔ تیز روشنی کی قدیوں کے گرد قوس قزح کے رنگ دکھائی دیتے ہیں، آنکھ میں بے چینی کا احساس ہوتا ہے۔ اور ان علامتوں کے ساتھ سردیوں کے دعوٰی پایا جاتا ہے۔ رفتہ رفتہ جملے پے درپے ہونے لگتے ہیں، اور رات کے وقت ایسا ہوا کرتا ہے۔ دماغی کسی پریشانی اور ہيجان کے بعد عام طور پر ظاہر ہوتے ہیں مریض نروس کرتا ہے کہ اسکو پہلے سے زیادہ طاقتور عینک کی ضرورت ہے۔ یہ حالت مہینوں اور سالہا سال قائم رہتی ہے

اگر ان ملاقات کی موجودگی میں معائنہ کیا جائے تو معلوم ہوتا ہے کہ قرنیہ میں کیفیت سی بی کی حالت موجود ہے۔ اس کا رنگ نیلگوں نظر آتا ہے۔ یہ نیشے کی طرح معلوم ہوتا ہے جس پر مہر کی گزرتی ہے۔ اس سے سانس پھینکی گئی ہو اور وہ نیشہ گندلا ہو گیا ہو۔

اگر میدان بصر کا معائنہ خصوصیت کے ساتھ حملوں سے دیرینہ واقعات سے زمانے میں کیا جائے تو نئی جانب میدان بصر میں کسی قدر کمی معلوم ہوتی ہے۔ اگر مرکزی بصارت بالکل درست ہوتی ہے۔ مگر ذرق المارہ چاکل شروع ہوتا ہے جس کا باعث ویریدی احقان ہو سکتا ہے، جو مختلف مذکورہ اعضاء حالات میں پیدا ہوتا ہے۔ زمین قبض حیض کی فراہمیاں، زیادہ کھانا، شراب نوشی، یا آنکھ میں ناشترہ، دردِ دواؤں کے ڈالنے سے اس میں کا دورہ اور بحیثیت بڑھ جاتی ہے اور دوسری آنکھ میں بھی یہی حالت پیدا ہو سکتی ہے۔ آنکھ میں شدید درد ہوتا ہے۔ خصوصیت کے ساتھ اس درد کا احساس ان مقامات پر زیادہ ہوتا ہے جہاں عصب مجبھی خامس کی شاخیں پھینکتی ہیں۔ دردِ سقدہ شدید ہو سکتا ہے کہ اس کی وجہ سے تپ ہو جائے۔ بعض اوقات اس حالت کو غلطی سے منفرہ ای صوب کی طرف منسوب کر دیا جاتا ہے۔ حرارت جسمانی بلغمی حالت سے زیادہ ہو سکتی ہے اس کے علاوہ جسمانی تحیفات سقدہ شدید ہوتی ہیں۔ بعض صائب فراش ہو جاتا ہے۔ بعض مبتلا مدد ملتی ہے اور کبھی کبھی تبص کے دو ایک نیشے غائب ہو جاتے ہیں۔ بیانی تیزی کے ساتھ کم ہوتی جاتی ہے۔ یہاں تک کہ چند صوبوں کے بعد بعض صرف باقہ کو دیکھ سکتا ہے۔ اکثر بعضوں کی دونوں آنکھوں میں یہ مرض ایک ساتھ لاحق ہوتا ہے۔

معائنہ صرفی۔ مرنی معائنہ میں احقان اور متحدہ کے اندر کسی قدر تہج نظر آتا ہے۔ متحدہ میں زبردست احقان دہوی ہوتا ہے۔ اور اس کا رنگ ناکسری سرخ ہوتا ہے کیونکہ ویریدی انسانی حالت میں ہوتی ہیں۔ ہر بی احقان نمایاں ہوتا ہے۔ قرنیہ کی حالت سی بی کیفیت سے ہوتی ہے اور اس کی تپ ہو جاتی ہے۔ خزانہ مقدم کی گہرائی بہت کم ہو جاتی ہے، تنہا ایک صائب اور مدقہ میں اوسط ویریکہ منبسط اور بیخونی ہوتا ہے جس کا علوی قطر مہیا ہوتا ہے۔ کوئی زخم اور ویری ایجنس دو نوران صائب ہوتے ہیں منفرہ العین سے امتحان ممکن نہیں ہوتا۔ کیونکہ جلد قرنیہ غیر شفاف ہو جاتا ہے۔ تو بین بہت زیادہ بڑھ جاتا ہے۔ اس کے ابتدائی علاج میں صدق استباب نہیں ہوتا اس لئے اس کو الٹا بی زرق المارہ کہنا غلطی ہے۔ اگر احقانی زرق المارہ اس کا نام رکھا جائے تو بہتر اور

تقلید نہ ہوں تک پہنچتی ہے۔ اور اس کے کنارے بالکل یسٹ دروپہ کو پاتے ہیں کہ یہ اس کے اور ہوتے تھے
 نہیں معلوم ہوتے اور شبکی حروق دھوی سے بعد مرہ سے ہیں کہ وہ اس پر اس سے اس پر اس سے اس سے
 ان کو مرہ نہیں لگتا کیا جاسے تو وہ صاف ہو جائیگی نہیں۔ اس کے ایک ایک گوش اور زردی دلی ہو سکتے ہیں
 جب کہ اس سے بہت بڑے ہوتے ہوں تو وہ پڑ گئے ہوں۔ اس کے ایک گوش سے یہ دیکھتے ہیں کہ اس کے
 زردی ہوا و سفید ہوتے پڑ جائے کہ اس سے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے
 بسوقت ذرق لہر کے وقت اس میں یہی پڑ جائے کہ اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے
 مشورہ راجت ہو پاتا ہے۔ اسی لئے اگر صحت منور کی کیفیت طلب یہی میں ہو جو وہ اور نہ کہیں پڑا ہو وہ ہوتا ہے
 کہ کیفیت ذرق الہی پڑے اس کے شفیق کہ اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے
 کی وجہ سے ہے۔ ذرق الہی پڑا ہو کہ اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے
 سفید ہوتا ہے۔ بدنی مریض میں نہایت خود بخود اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے
 اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے
 منور کی کیفیت کی وجہ سے جب سکر تابت ہو ہم مکرر دواؤں کی صورت میں سکر تابت ہے۔

اگر ذرق الہی کا علاج نہ کیا جائے تو یہی ذرق الہی آخری مرحلے میں مکی صورت اختیار کر لیتا ہے اس حالت
 میں کچھ کی جانی بالکل ضائع ہو جاتی ہے۔ اور قریب کے چھ بڑے بیگنوں سے ایک قبہ پڑ جاتا ہے۔ کہ یہ صاف
 شفاف ہوتا ہے مگر جس میں موجود نہیں ہوتی۔ اس کے اوپر کیفیت تبدیل ہو سکتے ہیں۔ اور بعض اوقات خود بھی
 آخرتے ہیں خواہ مقدم کی گہرائی بہت کم ہو جاتی ہے۔ عجب یہ منہ سے ہوتا ہے۔ ادا سیر منور کی کیفیت طاری ہوتی ہے
 نہ کہ اس میں اتنی حالت پائی جاتی ہے۔ اور حقیقت یہ ہے کہ یہ ہونے کے لئے کہ اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے
 بہت قوس میں یہی پڑا ہوا مقرر حالت میں ہوتی ہے۔ وہ کون سا ایک یہ پھر کی طرح چلتی جاتی ہے اس قسم کی
 آنکھ مل جاتی ہے۔ اور کبھی کبھی اس میں رہ رہ کر رہ جاتا ہے کہ اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے اس کے
 کرتے تاکہ کو اگر اس حالت میں نکلوانا دیا جائے تو اس کے اندر اس کی غیرت رونما ہو جائے گی۔ ان تقلیدات کو
 خاص طور پر دہن نشین کر لینا چاہئے جو تو ترین کی زیادتی سے بلیہ کے چھٹ بے سے کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں۔

سی دہ سے غلبۂ صلیبیہ Staphylococcus پیدا ہو جاتا ہے۔ اور یہ جسم ہڈی کے نزدیک یا آنکھ کی سمت اس پر نظر ہوتا ہے۔ اس کو جسم ہڈی یا استخوانی غلبہ کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ شرعی تحقیقات سے معلوم ہوا ہے کہ یہ بی تخلف و قسم کو ہوتا ہے۔ اس کی ایک قسم وہ ہے جس میں کہ قرنیہ و صلیبیہ پھول جاتا ہے اور غلبہ بھی اس کے اندر شامل ہوتا ہے اور ملحق ہو جاتا ہے۔ اس حالت میں انفاخ کے مقدم کنارے سے خزانہ مقدم کے اندر غلبہ بڑھا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ اور جسم ہڈی اس کے مقدم کنارے پر واقع ہوتا ہے۔ اس کی دوسری قسم کو صادق ہڈی انفاخ کہتے ہیں۔ اس حالت میں ہڈی حصہ باہر کو پھول جاتا ہے۔ اور جسم ہڈی اس انفاخ کے اندر کی طرف استر کرتا ہے۔ اور اکثر ہاتھوں میں دونوں حصے اس انفاخ کے اندر موجود ہوتے ہیں۔

استخوانی انفاخ صلیبیہ صرف اُس وقت دکھائی دیتا ہے جبکہ آنکھ کو ایک طرف خوب پھیر لیا جائے۔ اور ساتھ ہی اس کے اجفان کو بھی علیحدہ علیحدہ کر کے معائنہ کیا جائے۔ وہ مقامات جہاں پر کہہ اور وہ دو اہر صلیبیہ کے اندر سوراخ کر کے داخل ہوتی ہیں کمزور ہو جاتے ہیں۔ اور وحشی عضلات اس مقام کی کمزوری کو رفع کرنے کے لئے موجود نہیں ہوتے اس کی دیوار بعض اوقات کاغذ کی طرح باریک ہو جاتی ہے۔ ایسی صورت میں معمولی چوٹ لگ جائے تو بعد بھی اس کے پیٹ جانے کا خطرہ رہتا ہے۔ جلد یا دیر کے بعد کلی زرق المار دالی آنکھوں کا ترمیم نہیں ہوتا پرتا جاتا ہے یا طبعی حالت سے بھی کم ہو جاتا ہے۔ اس کا باعث آنکھ کی دیواروں کا کھینچنا یا جسم ہڈی کے فدی تغیرات کا ظور ہوتا ہے جس کی وجہ سے رطوبت کا ترشح کم یا بالکل بند ہو جاتا ہے۔ عموماً مذکورہ دونوں اسباب برہ کار ہوتے ہیں۔ بالآخر یہ آنکھ سکڑ کر صغیری شکل اختیار کرتی ہے، مگر زیادہ تر یہ ہوتا ہے کہ قرنیہ میں قرعہ پیدا ہو جاتا ہے۔ کیونکہ قرنیہ کے اندر فساد پیدا ہونے کی وجہ سے اس کی قوت مدافعت کم ہو جاتی ہے۔ قروح ساحیہ بھی پیدا ہو جاتے ہیں جن کے ساتھ خزانہ مقدم میں مدیہ ترشح پایا جاتا ہے۔ التهاب کلرلین یا منورین بطور نتیجہ کے لاحق ہو جاتے ہیں۔

تشخیص ماد زرق المار کو فطری سے التهاب غلبہ سمجھا جاسکتا ہے۔ اس کی تشخیص فاروق غلبہ کے امراض میں بیان کی گئی ہے۔

علاج ماد زرق المار کا فوراً علاج کیا جائے اور فوراً تو تریم کو کم کرنا بھی ضرور ہے جو کہ قلع غلبہ کے

ذیورین ہے۔ اس کے علاوہ بقیہ تمام تدابیر کا نام غبوس میں، کام نہایت ہوتی ہیں، مذکورہ دوسری تدابیر کو حصہ تک جاری رکھیں مگر قطع غبویہ کا عمل نہ کرنا مناسب نہیں۔ بلکہ فوراً آپریشن کر دینا چاہئے لیکن شکل یہ ہے کہ نامہ مات میں آپریشن کے لئے مواقع غیر اطمینان بخش ہوتے ہیں۔ کیونکہ ملتحہ میں تہیج ہوتا ہے، خزانہ مقدم بہت کم گہرا ہوتا ہے، اور تیاری کے لئے زیادہ وقت نہیں ہوتا۔

قرنیہ کے تھانہ کی وجہ سے منہ کی تھنیر موثر نہیں ہوتی۔ لہذا کھور و فارم شکی لئے کی ضرورت پڑتی ہے۔ عام جسمانی تعلیم اور حرکات قلب کی بے قاعدگی کی وجہ سے کھور و فارم کا دینا منقطع نہ ہونی چاہئے۔ لیکن یہ کہ معالج تھنیر عمومی کے تحت جو ممکن، ایسا کرنے میں وہ ناکامی پڑے۔ لہذا اگر تھنیر سے کام لیں تو کھجور کی کھن نیچوں میں عام طور پر تھنیر کے لئے ”نودوئین“ کی تقیحات استعمال کریں۔ مناسب ہے کہ یہ کھن کچھ دیر کے لئے دوسری تدابیر سے کام میں آجئے۔ ۳۔ منٹ تک لیکن ہر پانچ منٹ کے بعد یہ سرین کھنوں ایک فی حالت دور۔ انکھیں ڈالنا چاہئے اگر دوسری کھنوں میں بھی ایک نقطہ ڈال دینا تو بہتر ہے۔ اس کے بعد ہر آدھ گھنٹہ پر ایک قطرہ ایسٹین محلول کا انکھوں میں ڈالنے رہیں۔ یہاں تک کہ تھنیر میں کم ہو جائے یا آپریشن کا فیصلہ کر لیا جائے۔ اس دوران میں کھجور کو جب قدر گرم محلول سے دھوئیں دھوتے رہیں۔ اس سے دیر کسی مدت تک کم ہو جاتا ہے۔ مگر معالج کے شروع کر دینے کے گھنٹہ، دو گھنٹہ بعد آرام کی کوئی صورت نظر نہ آوے یعنی مدد نہ ملے اچھی طرح منعقب نہ ہو اور تھنیر میں کمی نہ آئے تو فوراً قطع غبویہ کا عمل اختیار کریں۔ مگر حقیقت میں شق مصلیہ کرنے سے بھی عارضی طور پر فائدہ ہوتا ہے۔ کیونکہ اس سے تھنیر میں کم ہو جاتا ہے اور قطع غبویہ کے لئے کافی وقت مل جاتا ہے۔ اس عمل سے خزانہ مقدم کی گہرائی زیادہ ہوتی ہے اور قطع غبویہ آسانی سے کیا جاسکتا ہے۔

قطع غبویہ یا قرنیہ مصلیہ کے جوار اتصال پر عمل نقب (Trophning) زیادہ مناسب ہے۔ مذکورہ عارضی علاج کے متعلق ماہرین کا خیال ہے کہ ایسا کرنے سے مریض کی حالت بہتر ہو جاتی ہے اور پھر وہ آپریشن کرانے سے انکار کر دیتا ہے۔ یہی خیال موثر شق مصلیہ کے متعلق بھی ہے۔ اگر اس کا امکان ہو تو مریض کے فائدہ کے لئے ضروری ہے کہ بجائے اس عارضی علاج کے جراحی عمل یعنی قطع غبویہ کا عمل ضرور کر دیا جائے۔ قطع غبویہ اور عمل نقب زیادہ بہتر ہیں کیونکہ ان سے مدد بصر کا آئندہ کم خطرہ رہتا ہے۔ اگر کبھی دوسری عارضی موجود ہو تو

وہ رقیق ہو جاتا ہے۔ لگا لگا ہوا ہے۔ اس کو نہ دیکھ سکتے ہیں۔ اگر دونوں آنکھوں میں زرق الما ہو تو
 انھوں پر پیش یک ہی لکھنا سب ہوگا کہ زرق الما کے ملدہ کی دوسرے طرف میں یسا نہیں کیا جاتا
 اس مہیہ کے جودہ میں بہت ہوتا ہے۔ بشرطیکہ اس عمل کو بعد ختام دیدیں، بعض ماہرین حاد اور ضمن زرق الما
 میں عمل عقب مشیر کرتے ہیں۔ ہر جگہ یہ ہے کہ اس عمل میں مشکلات زیادہ ہوتی ہیں۔ اور قطع جنبیہ سے نتائج اچھے
 دونا ہوتے ہیں قطع جنبیہ کا عمل۔ سب سے پہلے "ذاتِ کریم" نے کیا۔ اس کا نیاں تھا کہ اس عمل سے طبعی آنکھ کا توڑ
 کو نہ پاتا ہے۔ چونکہ زرق الما کی حالت میں بھی توڑ کا کم ہو جاتا ہے۔ دوسری ہے۔ اسیو جو سے زرق الما میں اسکا
 منید ہونا بھی لازم امر ہے۔ مگر ذاتِ کریم کا یہ نہیں کہ یہ بھی آنکھ میں قطع جنبیہ سے اس کا توڑ کم ہو جاتا ہے۔ "نماہر"
 اس عمل کے منید ہو گیا۔ یہ ہے کہ قطع جنبیہ سے زاویہ نحاسی دوبارہ کھل جاتا ہے۔ اور توڑ میں کو کم کر دیتا ہے
 ورنہ ال کے ابتدائی درجات میں طبقہ جنبیہ صرف قرنیہ اور مصلبیہ کے ساتھ لگا ہوتا ہے۔ اور پیش کر کے ہونے
 یہ اپنی جگہ سبب بنتا ہے اس سے زاویہ کا اندازہ بنتا ہے۔ یہ چونکہ قطع جنبیہ میں جنبیہ کو کنارے تک کاٹ
 دیا جاتا ہے اس سے اس مقام پر زاویہ بالکل کھل جاتا ہے بعض لوگوں کا خیال ہے کہ جنبیہ کے قطع کردہ سر سے بھی
 رطوبت کو جذب کرنے میں بڑی مدد کرتے ہیں کیونکہ جنبیہ کے زخم کے اندام پر اس جگہ لفظی مذہبی ساخت پیدا نہیں ہوتی
 اور سبب نعل کی تباہی و زخم کے مقدم کے ساتھ مل جاتی ہیں۔

کلی ررق الما میں دو کو کم کرنے کی بہترین تدبیر یہ ہے کہ آنکھ کو گرم پانی سے خوب دھوئیں۔ اور اسپرین
 کھانے کو دیں۔ اگر ممکن ہو تو آنکھ کو نکال دینے کے سے مرلین سے بازت حاصل کر لیں۔ اس حالت میں توڑ میں کو
 کم کرنے کے سے عمل عقب یا شطرتی کا عمل بے سود ہوتا ہے۔ کیونکہ اس کا ہمیشہ امکان ہوتا ہے کہ اس حالت کو
 پیدا کر کے وال کوئی سلعہ نہ ہو جو عام طور پر خبیث ہو کر رہتا ہے۔ ضمن زرق الما کو سبب زرق الما بھی کہتے ہیں حقیقتاً
 یہ مرض عا و ابتدائی زرق الما ہے۔ شدت کے تمام درج اس میں پاس جاتے ہیں مگر نہایت خفیف اس کی زیادہ دامن
 نہیں اس قدر یعنی ہوتی ہیں کہ ان کو چھانسنے میں نہایت خوف و غش کی ضرورت ہوتی ہے۔

میں یہ نکایت بیان کرتا ہے کہ کچھ دیر کے سے اس کی بنیائی باہل خراب ہو جاتی ہے اور بنیائی کی تیزی
 بتا دیتا ہے کہ جوئی ہوئی ہے بعض مرلین یہ بھی بیان کرتے ہیں کہ ان کو روشن اجسام کے گرد لگیں نہ نظر آتا ہے بعض

مہینوں میں بنائی نہایت آہستہ آہستہ گہ جاتی ہے۔

ممکن ہے کہ پہلی مرتبہ امتحان کرنے پر آنکھ بالکل بھی معلوم ہو سکی مقدمہ برقی مریدان میں امتحان دیا جاتا ہے۔ حد تک یعنی کسی قدر منبسط ہوتا ہے۔ دماغ کا فوری۔ دماغ بہت حسست ہوتا ہے۔ اگر کسی آنکھ میں بقیہ قریب بہت چھوٹا ہو تو اس میں ذرق املا کی موجودگی کا شک کرنا چاہئے۔ اگر کسی سے رتور میں کوئوں بقیہ بھی لاحق ہو تو ذرق املا کا احتمال۔ یہی قوی ہو جاتا ہے۔ ایسی آنکھ میں ممکن ہے کہ رتور میں جمعی حالت میں ہو۔ اور جب بنیانی میں نگہ کے اثرات پاس ہو میں تو نصف ہی وقت تو رتور میں ہوتا ہو اس لئے متعدد بار مریدان کی آنکھ کا معائنہ کرنا چاہئے۔ دن کے مختلف اوقات میں مخصوص دوروں کی صورت میں معائنہ کیا جائے۔ کسی وقت میں مرکزی بصارت کے اندر کسی قسم کی خرابی کے پائے جانے کا امکان ہے۔ اندر سے دوری ہے کہ یہ مریدان کے میدان بصر کو مدد نہ خورے کیا جائے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ میدان بصر میں افنی جانب تبدیلیاں باقاعدہ ہوں یا اس کے اندر دندانہ ہوں جن کی چونیاں مرکز کی طرف ہوں۔

یہ جزئی نقائص و پریشانی کے حصہ میں ہوتے ہیں۔ آخری درجہ میں میدان بصر زیادہ سکڑ جاتا ہے۔ یہاں تک کہ مدغی حصہ میں مرکز کے نزدیک صرف ایک چھوٹے رقبہ میں فلواری بنیانی باقی رہ جاتی ہے۔ مرکزی بصارت مفقود ہو جاتی ہے۔ افنی جانب میدان بصر کے سکڑنے سے پسے گئے فاعل مدابیر برسر کارمانی جانیں تو میدان بصر کے نقشے میں ایسے رقبہ جات ملتے ہیں جن میں بصارت نہیں ہوتی۔ ان کو بصری عمیہ Scotoma کہتے ہیں۔ اگر ہر "جرم" کے سترہ Bjerrum's screen پر میدان بصر کا نقشہ لیا جائے یہ بصارت کا امتحان "عمیہ بصری" (Scotome test) کے ذریعہ کیا جائے تو "بقعہ عمیہ" Blind spot سے ملے ہوئے نقشہ نقشہ نکلتا ہوتا ہے۔ یہ عمیہ بصری "بقعہ عمیہ" سے دہریا نیچے کی طرف انسانی شکل میں پائے جاتے ہیں۔ بعض اوقات دماغ کی شکل اختیار کرتے ہیں۔ اس کی وجہ ان امیٹک خدش ہے جو قرع بصری کے نزدیک ہوتے ہیں۔ فنی ایف کی تباہی سے میدان بصر کے نقشہ میں خاص قسم کا صاف افنی دندانہ پیدا ہوتا ہے جو میدان بصر کے افنی جانب سے "عمیہ بصری" کہلاتا ہے اس کی ابتدائی علامت یہ ہے کہ ذہنی نہ حصہ "بقعہ عمیہ" سے بڑھتا ہوا دکھائی دیتا ہے جس کا متفرعہ شبکیہ کے مرکزی جانب ہوتا ہے۔

کرتے تھے کہ بتدریج ہر کی طرف مبنیہ کو کاٹ سکتے تھے یہ قدر باہر کو کاٹتے تھے مگر اس میں یہ خیال رکھنے کی ضرورت
ہے کہ ایسا کرنا نہ بہت بدین کو کوئی نقصان نہ پہنچنے پائے۔ یہی وجہ تھی قرونوی دہلی جاسے اتصال سے ۲ ملی میٹر
باہر کی طرف مبنیہ کو کاٹا جاتا تھا۔ مگر ہمارا خیال ہے کہ ایسا کرنے سے بھی مقصد براری نہیں ہوتی تھی۔

تجربہ سے ثابت ہو چکا ہے کہ مذکورہ طریقہ پر قطع مبنیہ دکشا قزحی (کرے سے باوجود یکہ زاد یہ ترشیخ درست نہیں
رہتا تھا لیکن فائدہ ضرور ہوتا تھا ہمارا خیال ہے کہ اس فائدہ کی وجہ یہ تھی کہ شکاف کے مندل ہو جانے پر یعنی ندبی ساخت
میں سے رطوبت کی نکاسی ممکن ہوتی تھی۔ کیونکہ یہ ساخت سفنجی ساخت پر مشتمل ہوتی ہے جس کی غذاؤں میں سے
رطوبت مانی گذر کر طحمتہ کے نیچے پہنچ جاتی ہے۔ اور یہاں سے جذب ہو کر غائب ہو جاتی ہے۔

مذکورہ تجربہ سے فائدہ اٹھانے کے بعد اس امر کی کوشش کی گئی کہ نرم زرق الماء میں بھی یعنی ندبی ساخت
کے اندر سے رطوبت کی نکاسی ہو سکے مگر چونکہ ایسی یعنی ندبی ساخت اسی وقت بنتی ہے جبکہ طبعی قوت اندام کے
خلاف کوئی خاص وجہ پائی جائے مثلاً مبنیہ زخم میں پھنس کر رہ جائے۔ لہذا اسی خیال کے ماتحت خود کوئی تدبیر ایسی
انتخاب کرنا کہ مبنیہ زخم کے اندر پھنس جائے، کسی طرح مناسب نہیں ہے، کیونکہ اس سے التهاب ندبی یعنی آنکھ میں قزحی
مددی۔ اور شریک التهاب ندبی کا امکان ہے۔ یعنی متعین نے زخم کے اندر دشیم کا تاگا ڈال کر مذکورہ حالت کو پیدا کرنے
کی کوشش کی ہے مگر ہمارے خیال میں ان کی یہ کوشش بھی اصولاً صحیح نہیں ہے۔

اگر قرونوی دہلی شکاف کے کنارے ایک دوسرے کے ساتھ لگے ہوں تو اندام بہت جلد ہوتا ہے۔ لیکن جب
دونوں کے درمیان ذرا سا بھی فاصلہ ہو تو اندام جلد نہیں ہوتا۔ اور اس فاصلہ کے اندر کمزور قسم کی یعنی ندبی ساخت بن
جاتی ہے جس سے رطوبت کی نکاسی ممکن ہوتی ہے۔ ایسی یعنی ندبی ساخت سے مدد حاصل کرنے کے اصول پر متعدد
پریشن اختراع کئے گئے ماہر "لیکرائنگ" کے پریشن میں قطع مبنیہ دکشا قزحی کا عمل پہلے کیا جاتا ہے اور زخم کو بند
کر کے پہلے اس کا قدم گزارا کسی قدر کاٹ دیا جاتا ہے۔ لیکن اس امر کا خیال نہایت ضروری ہے کہ کہیں زخم کے
مقدم لب کے کاسٹ میں نہ زخمی نہ ہو جائے۔

• ہر ہر ہر کے پریشن میں چھوٹا سا دروازہ مصلیہ میں قرونوی دہلی جاسے اتصال کے باہر کی جانب بنایا جاتا
ہے۔ جو کہ مصلیہ کی طرف کو کھلتا ہے۔ اس کو آہ نقب کے ذریعہ بنا سکتے ہیں۔

آجکل مہرمن ذرقی ما زین عمل نقیب کو مہر کا مہر ہے۔ یاد رہتا ہے۔ اس عمل میں ایک گول گڑیا قوس پر بنی ہوئی
 قلعہ کی قوسی ویلی ہی ہوتی ہے۔ اس کے اندر دینی یا نبی الگ کردی جاتی ہے۔ اس کا طریقہ یہ ہوتا ہے کہ اس کا نصف
 حصہ قلعہ میں اور نصف حصہ میں ہوتا ہے۔ اس کے بعد جنوبیہ کا چوتھا حصہ اس سے ملتا ہے۔ بعد ازاں اس کو کٹا کر
 میں۔ دو حصے کے اندر میں اس کا مطلب یہ ہے کہ مذکورہ طریقہ سے غیبیہ کے لئے سے پرچہ، کٹ کر قوسی عمل کیا جائے اور
 اس عمل نقیب میں یہی قوس یا گڑیا علیحدہ کر دیں تو تو قریب ہمیشہ کے لئے کہ ہو جاتا ہے۔ اور تو قریب ہی کی گئی کے
 باعث آگہ کی اندر دینی الشجرہ کا تغذیہ خراب ہو جاتا ہے۔ اور باقی عمل نہ کو مہر بہت سودا بہت ہوتا ہے کیونکہ اس
 کے اندر غیبیہ دوبارہ آکر پھنس جاتا ہے یا دیر اندازی ساخت سے بہت سے رطوبت کی نکاسی بند ہو جاتی ہے۔
 رطوبت کی نکاسی میں ادا کے واسطے، بھان پر مٹی، مٹی بھی مفید ثابت ہو جاتی ہے۔

پھوسے ہوئے طحمت پر منہ ب گئے سے آنکھ میں شادی عدوی ہو سکتا ہے۔ مگر خوش قسمتی سے یہ شادی ادا
 ہی ہو کر تاس ہے۔ یہ مسئلہ ہے کہ حفظ ناک مہر کے علاج معالجہ میں دیر کی کوششوں میں کوئی حرج نہیں۔ مذکورہ ایک، تب
 عمل نقیب کے ناکام ثابت ہونے پر دوبارہ کسی دوسرے مقام پر اس عمل کو کر سکتے ہیں۔ مگر ہمیشہ اس کا نہیں۔ بہت
 چاہئے کہ عمل نقیب، ایسے مقام پر کیا جائے جو جہنم سے ڈھکا رہے۔ درود یہ وہ جب عمل نقیب کی ضرورت ہو تو دوبارہ
 عمل نقیب کا مقام پہلے عمل نقیب کے مقام سے نزدیک رہے۔

عمل نقیب کا نتیجہ یقینی نہیں۔ اس کے بعد حفظ ناک نتائج بھی ظاہر ہو سکتے ہیں۔ یہ نتائج قوسی بھی ہو سکتے ہیں
 اور کچھ۔ نوز کے بعد بھی ظاہر ہو سکتے ہیں۔ ان سب باتوں کے باوجود ہمارا خیال ہے کہ مہرمن ذرقی الما کو سٹے
 فی الحماں ہمارے پاس ہی بہترین علاج ہے۔

مہرمن ذرقی الما کے مریضوں کی بنیادی صرف مرکزی رہ جاتی ہے۔ ایسے مریضوں کے پریش کے بعد نہت
 یہی نہیں ہوتا کہ نتائج عمدہ برآمد نہ ہوں بلکہ اس کی وجہ سے بنیادی بالکل ہی مفقود ہو سکتی ہے۔ مذاہبہ بہت کہ
 اس خطرہ کو مہرمن سے مفصل بیان کرنے کے بعد پریش کیا جائے اس خطرہ کے باوجود بھی اپریشن کا مشورہ ہے۔
 چاہئے۔ کیونکہ اس کا امکان بہت کم ہوتا ہے۔ اور اپریشن نہ کرنے سے چونکہ قریب ہمیشہ کہ نہیں ہوتا اس سے آنکھ میں
 درد شروع ہو جاتا ہے۔

ہو کہ ان مریضوں کی ۔ ۔ ۔ میں آنکھیں زرق الماں سے بہتی ہیں اس لئے غلط ماتقدم کے اصول کے تحت دوسری آنکھ کے پریشانی کے مریضوں کی ۔ ۔ ۔ جب سال پیدا ہوتا ہے مگر جب زرق الماں سے پیدا ہونے میں کافی عرصہ ہو تو ایسی صورتیں آتی ہیں کہ آنکھ کا پریشانی سے میں کیسے خطرہ ہوتا ہے ۔ لہذا اس آنکھ کا اس وقت تک پریشانی نہ کرنا چاہئے جب تک کہ یہ قدر میدان نہ سکوتا ہے ۔ اس وقت اگر ابتدائی درجہ مرض میں چوڑے کشتہ قرحی کا عمل کیا جائے تو نہ صرف مرض بہت آسان ہوتا ہے اس عمل سے کیسے برمیانی ضرور کم ہو جاتی ہے کیونکہ اس کی وجہ سے قرحوی سدا د بھری پیدا ہو جاتا ہے مگر عمل نہایت سہل ہے یہ فریب نہیں پیدا ہوتی ۔

مذکورہ وجہ کی بنا پر بہتر ہے کہ دوسری آنکھ کے زرق ہونے کے متعلق مریض کو بخوبی آگاہ کر دیا جائے اور جس ابتدائی علامات بھی تباہی بیاں دے تاکہ ان کے محسوس ہوتے ہی مریض فوراً معالج کے پاس چلا آئے ۔ مریض کو تاکید کر دینا چاہئے کہ وہ اپنے میدان بھر کا سونا نہ بہتین مہینہ کے بعد کرانا ہے ۔ اور جب کوئی مدت بھی مرض کی پیدا ہو تو فوراً معالج کے پاس آجائے ۔ اس اشاریہ وہ ہر دوسرے روز کمزور طاقت کا ایسرین محلول یا پیلو کارپین محلول آنکھ میں ڈالتا رہے ۔ ان تمام باتوں کے ساتھ مریض کو دماغی احتیاط کے تدبیر کے واسطے مناسب تدبیر بھی تباہی بیاں دے ۔ اور یہ بھی سمجھا دیا جائے کہ بغیر کسی ہوشیار اور تجربہ کار معالج کے مشورہ کے وہ اپنی آنکھ میں کوئی دوا نہ ڈالے ۔

مگر معالج کے پاس پہنچنے تک مریض کی ایک آنکھ ضائع ہو چکی ہو تو اس وقت اس امر کے متعلق فیصلہ کرنے کی ضرورت ہے کہ بہتر آنکھ پر پریشانی کیا جائے یا خراب آنکھ پر یہ فیصلہ مریض کی حالت اور اس کی تکلیف کے مطابق وقتی طور پر ہر مریض کے لئے معالج اپنی حسب استعداد خود کر سکتا ہے ۔

ہم پہلے بیان کر چکے ہیں کہ مرض زرق الماں کی تشخیص کے بعد فوراً پریشانی کر دینا چاہئے ۔ ایسے مریض بھی نظر سے گزر چکے ہیں جن کے متعلق یقینی طور پر نہیں کہا جاسکتا کہ یہ زرق الماں میں مبتلا تھے مگر بالیقین ایسے مریض بھی دیکھنے میں آتے ہیں کہ جن کی آنکھ کا پریشانی آنکھ کا زرق الماں کی تشخیص کی وجہ سے ناممکن ہوتا ہے ۔ ان کے متعلق ہمیشہ خیال رکھیں کہ ان کے مدد میں کوئی منقبت رکھنا چاہئے ۔ یہ کہنے سے تو ترہین کم رہتا ہے اور اس طرح مریض کی بیماری ضائع ہونے کی تکلیف کو ہموار کر سکتے ہیں گویا کہ ہوا ایسے ذرائع اختیار کرنے چاہئیں جن سے وقتی طور پر تو ترہین کم ہوتا

بہلی اعضاء جی باہر کی طرف کو بڑھتا ہے جس کی وجہ سے قریب باہر کو تباہ ہے اور کروٹی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ خزانہ
مقدمہ زیادہ گہرا ہوتا ہے۔ قریب میں عموماً سفیدی پیدا ہو جاتی ہے۔ جو بعض مہینے بعد پر دو ہرے خیرہ کی طرح نظر آتی
ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ غش رولسمسی میں اشتقاق ہو جاتا ہے۔ آنکھ کے بچہ کے بڑھنے کے ساتھ مدد نہیں بڑھتا
یہ کم بڑی مقام باہر کو بڑھتا ہے اس سے بدنی رباط میں تناؤ پیدا ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے مدد نسبتاً زیادہ
رہ جاتا ہے اور پیچھے کی طرف کو ہٹ جاتا ہے۔ لہذا انبیا کا سہارا کم ہو جاتا ہے اور جنبہ میں ارتعاش پیدا ہوتا ہے
وہیں سے ہی گہری اور پائیدہ نما ہو جاتی ہے۔ تو برہین بڑھ جاتا ہے مگر عموماً مقدمہ میں کے بڑھ جانے کی وجہ سے ہی اس میں
بڑھت ہو نہیں سکتا۔ اس وجہ سے ہر عمر تک ماہرین اس مرض کے سمجھنے میں غلطی کرتے رہتے ہیں۔

مقدمہ میں کے فرخ و رکش وہ ہونے کی وجہ سے عموماً مقدمہ بصر حق ہو جاتا ہے۔ مگر مسئلہ یعنی ان لمباتی کے
مقدمہ میں کم مقدمہ لاحق ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ مدد سطح ہو کر پیچھے کو ہٹ جاتا ہے۔ مدد ان میں قریب کا منسوخ
ہونا اور مذکورہ تمام وجوہ مجھ کے بڑا ہونے سے جو مقدمہ لاحق ہوتا ہے اس کو کم کرتے ہیں۔

علاج۔ اس کا علاج عمل کشادہ کنی ہے۔ اس کے مددہ میں اوقات مقدمہ بصری اشتقاق سے بتی فائدہ
یہ نچتا ہے۔ مگر عموماً ناکامی کا نندہ دیکھنا پڑتا ہے۔ بمبئی کے مقدمہ اشتقاق کے ساتھ عمل نقب زیادہ مفید ثابت
ہوتا ہے۔ در یہ طریقہ اوس الذکرہ دونوں طریقوں سے بہتر ہے۔ اس میں خطرات بھی کم ہوتے ہیں۔ تاہم بعض مدد
دواؤں کا استعمال بے سود ثابت ہوتا ہے۔

امراض آلات ومعیہ

تشہیح و ذیلیات "آلات ومعیہ" نندہ ومعیہ قنارہ ومعیہ، انفی پرتل ہیں۔

نندہ ومعیہ - (Lacrimal glands) اس کا ایک نندہ بالائی یا مجری اور دوسرا زیرین یا جھنی نندہ
نندہ ہے۔ ان کے علاوہ ومعیہ نندہ Krause's glands کہلاتے ہیں۔ اس کے نندہ ہوتے ہیں۔ یہ تمام نندہ تحقیقاً غنی طی
نندہ ہیں۔ خوردبین کے ذریعہ بھی ان کو مفاد می نندہ سے پہچاننا تقریباً ناممکن ہوتا ہے، مگر بینی حیثیت سے یہ نندہ
نندہ کیساں ہیں بالائی نندہ جہ میں چھوٹے باہم کے برابر ہوتا ہے۔ اور جہی نندہ مجری کے حفرہ ومعیہ

(Latency form) میں رکھا ہوتا ہے اس قدر کہ سزاوردہ ناپاک کمکر دیاں طاق حسابرونی قطعہ میں محکمہ کی سطح پر کھتی ہیں۔ زیرین قدر کے صفت وویا تین خیمیں ہو سکتی ہیں جو باقی عدد سے متحدہ ایک آسان اور بڑے دو یا تین نالیوں پر لگے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔ اگر انکو نیچے در ذریعہ حثت ویکویتی ہو تو یہ ہیں کوئٹہ کے۔ اس کو بخوبی دیکھ سکتے ہیں۔ کرور کا قدر و تحقیقاً خوردینی خیمیت میں جو غلط وقت نہیں سے کارسہ درحق سے کیا سطح کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ ان کی تعداد طاق علی میں تقریباً ۲۰۰ درحق مشل میں سے یکرہ تک ہوا کرتا اور ان کی نالیاں آپس میں مکمل ایک برمی نالی کی صورت میں طاق میں کھتی ہیں۔

آلات ذمہ۔

تقارۃ دمعی - اندرونی حقیقہ سے بیرونی جانب حاشیہ جفن کے موخر کنارے پر واقع ہے۔ ہر جفن میں ایک تقارۃ
اور ایک نقطہ دمعی ہوتا ہے۔ نقطہ دمعی ایک اجماع کی صورت میں پایا جاتا ہے جو کہ سن بسیدہ شخص میں کافی بڑا
ہوتا ہے۔ اس کو (Papilla lacrymalis) یعنی نقطہ دمعی کہتے ہیں۔ اس کو جو اس وقت دیکھ سکتے ہیں جبکہ جفن
کو مقدمین سے ہٹا کر کسی قدر پٹ لیں۔ تقارۃ دمعی کا سلسلہ نقطہ دمعی سے یکریس دمعی تک ہوتا ہے۔ اس کی رفتار پہلے
دو ملی میٹر فاصلہ تک عمودی اور پھر ۶ یا ۷ ملی میٹر افقی ہوتی ہے۔ دونوں تقارۃ دمعی علیحدہ علیحدہ کیس دمعی میں کھلتی ہیں
کیس دمعی عظم دمعی کے حفیزہ دمعی میں واقع ہے۔ جب یہ کیس پُر ہوتی ہے تو اس حالت میں اس کی لمبائی ۱.۵ میٹر
عرض ۰.۵ ملی میٹر ہوتا ہے۔ اس کا بطنی حصہ یعنی قعر اندرونی ربط غفرونی کی سطح سے برابر ہوتا ہے۔ کیس دمعی چار ٹکڑوں
سے مشتمل قابضہ الجفن کے ایلات سے گھری ہوتی ہے۔ اس کا زیرین حصہ بہت زیادہ چھوٹا ہو کر تقارۃ افنی میں کھنکھ
ہے۔ تقارۃ افنی کی لمبائی مختلف ہوتی ہے۔ چنانچہ ۱۲ سے ۱۴ ملی میٹر تک یہ لمبی ہو سکتی ہے۔ اور اس کا قطر ۳ سے ۶
ملی میٹر ہوتا ہے۔ یہ کیس دمعی سے کسی قدر باہر اور پیچھے کی جانب کو بناتی ہے۔ اس کے گرد غلاف الغف ملے اور زیر غلاف
Superior maxilla-Inferior turbinate کہلاتی ہیں۔ یہ تقارۃ ناک کے اندر زیرین سماخ یعنی Interior
meatus کی بیرونی دیوار کے مقدم حصہ میں کھلتی ہے۔ تقارۃ افنی کی رفتار کو بید کے اوپر ہم اس طرح بتا سکتے ہیں
کہ ایک خط اندرونی حقیقہ سے رخسار اور جناح افنی کے درمیانی گوشے تک کھینچا جائے۔ یہی خط تقارۃ افنی کی رفتار اور
اور اس کے رخ کو ظاہر کرتا ہے۔

نہایت کے اندر جاتا ہے۔ پانی کو انہیں میں اضافہ افغنی کے اندر اتنی بڑھ کا کہ اسے ہوتا ہے۔ اس سے
 سبب بن جاتا ہے۔ اس سبب سے اندر سے یہ لکھتا ہوتا ہے جب قند افغنی کے اندر سے ڈھکی گھلتی ہے۔
 اس میں سرسود سے ایک سو کے پانی پر ہوتا ہے۔ اس سے اندر کی رطوبت ڈھکی کا زیادہ جھلس
 نکلتی ہے۔ اور جوں ہی اس کے اندر سے قند ہوتا ہے۔ پانی سبب کہ اس کو ذرا ٹھیک ہوتا ہے۔ مگر رطوبت ہضم
 کا سبب اندر ہوتا ہے۔ اس سے آگے تر رہتی ہے۔ اور داخل رطوبت بخارات بن کر رطوبت ہے۔ کسی قسم کی خواہش تو
 جس کو تعلق نہایت سے۔ دینا بھی سبب اس کا باعث ہوں اور کاسی طور پر اس رطوبت کا اندازہ بڑھ جاتا ہے اور
 مذکورہ قنواۃ میں سے ہو کر گیس ڈھکی کے راستے قند افغنی میں داخل ہوتی ہے۔ اور انک کے اندر پہنچ جاتی ہے۔
 چپکنے سے بہت مدد ملتی ہے۔ کیونکہ عقدہ قنواۃ بکھرنے کے ایف جو گیس ڈھکی کے گرد چار طرف ہوتے ہیں۔ ان کے
 چپکنے سے سکتے ہیں۔ اس امر کو بخوبی ذہن نشین کر لینا چاہئے کہ قند ڈھکی کے نکال دینے سے سمجھ میں نہ آتی ہو
 ہو جاتی ہے۔ کیونکہ اس کو تر کھنے سے لے کر اور اس کے اندر کی رطوبت اور قند ڈھکی کے اندر کی خلیات کی رطوبت کو
 کافی ہوتی ہے۔ ان بذالغائیں گیس ڈھکی کے نکال دینے سے آنکھوں سے پانی نہیں بہتا تا وقتیکہ دوسرے وجوہ کے
 وقت رطوبت ڈھکی کے اندر میں زیادہ تر نہ ہو جائے۔ ممکن ہے کہ رطوبت ڈھکی میں سیکھنے والے عفونت خلیات موجود ہوں۔
 قند ڈھکی کے امراض۔ قند ڈھکی کے امراض بہت کم لگتے ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی اس میں اسباب پیدا ہو جاتے ہیں اور
 بالآخر پپ پڑ جاتی ہے۔ اور فی سبب بھی اس میں ہو سکتا ہے۔ اگر ان قند کے اندر خراج پیدا ہو کر پھوٹ جائے تو مستقل طور پر
 نہ ہو جاتی رہ سکتا ہے۔ نہ ہی یاد دہری غیر متیقنہ وجوہ کے، کثرت سے بھی مقام سے ان قند کا علاج بھی ماہرین کے بین
 کیا ہے۔ اس کے علاج کی صورت میں بالائی اخن کے اوپر اور باہر اس کے حصہ میں درمیان آتا ہے۔ پیدا ہو جاتا ہے۔
 کیس قند ڈھکی (Dacryops) اس حالت میں باہمی طاق میں کے اندر کی صورت کا ایک
 دار ہوتا ہے۔ یہ حالت قند۔ محبت ہر آنکھوں میں قندوں میں سے کسی ایک کے بند ہو جانے سے پیدا ہوتی ہے
 کیونکہ ایسی حالت میں رطوبت اندر مجتمع ہو کر درمیان پیدا کر دیتی ہے۔ اگر اندر کے قند دو کے اندر بھی یہ حالت پیدا ہو تو ان
 دونوں کے تشریحی مقام کے جاننے کے بعد تشخیص فارق ممکن ہے۔
 قند ڈھکی کے علامات۔ قند ڈھکی کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں۔

تاریخ تالیف: ۱۳۸۹ هجری قمری

انسان کی فضا بڑی بڑی دھڑکتی ہوئی ہے۔ ہر انسان کی فضا میں ایک خاص رنگ ہے۔ اس رنگ کو انسان کی فضا کا رنگ کہتے ہیں۔ اس رنگ کو انسان کی فضا کا رنگ کہتے ہیں۔ اس رنگ کو انسان کی فضا کا رنگ کہتے ہیں۔

جب ندرت پیدا ہو تو کوئی حرکت کر جو بڑی سیرت والی ہو اور جس کی طرف لوگ توجہ دے سکیں
اسی سے ندرت کو بڑی قدر دیا جائے گی حرکت کر جو عامی سے کہہ کر چھوٹا سمجھ لی جاتی ہو تاہم اگر ندرت
عاموں میں سے کوئی حالت پیدا ہو تو اس پر عامی سے توجہ نہ دیا جائے گا۔

امراض فیاری و معیہ
 زمین لغتہ دہلی کی
 زمین میں پیدا ہونے والی بیماریوں سے سبب بنتی ہے۔ زمین میں پیدا ہونے والی بیماریوں سے سبب بنتی ہے۔ زمین میں پیدا ہونے والی بیماریوں سے سبب بنتی ہے۔

طریقہ معمولی حالتوں میں بہتر ہے کہ من پسند و اشتیاق سے سب حالتوں میں سے مذکورہ ذمہ کے نتیجہ و نذر کی طرف معمولی بیکہ شگاف دیں تاکہ اس شگاف سے اندر پہنچنے میں سادگی و سہولت کے بغیر نہ ہو۔ تاکہ سب سے پہلے اس سے بھی زیادہ مناسب یہ ہے کہ شگاف سے بچا جائے کہ وہ بعد سے اس میں کوئی عیب نہ ہو۔ یہ سب درکار کی طرف پیدا کر دیا جائے۔ تاکہ اندر کے بعد یہ مقام سکرٹس ہے۔ جب اس مقام کی ذہنی راحت سکرٹس ہے تو نقطہ ذمہ اندر کی طرف مقلد عین سے جا لگتا ہے۔ اگر مذکورہ عمل سے حالت درست نہ ہو تو ذمہ کو کھول دیا جائے۔ یہ ذہنی امور جتنی کے لئے سب اپریشن کیا جائے۔ اگر قناعت ذمہ میں شگاف دینا مقصود ہو تو نمایاں رہے کہ ہمیشہ اس کی موثر دیوار میں شگاف دیں تاکہ قناعت ذمہ کا کھل ہوا حصہ مقلد عین کے ساتھ لگا رہے۔ اسی حالت میں قناعت کے نذر کیس ذمہ میں شگاف دینا کسی طرح بھی مناسب نہیں ہے۔ بلکہ اس کو اسی مقام تک شگاف دینا چاہیے جہاں تک شگاف دینے سے قناعت ذمہ مقلد عین کے ساتھ لگی رہے۔ زیرین قناعت ذمہ میں مذکورہ ذیل طریقہ پر شگاف دینا چاہیے مگر شگاف کے طریقہ کو بیان کرنے سے پہلے ہم ان اوزاروں کی فہرست کو لکھتے ہیں جن کی اس عمل میں ضرورت ہوتی ہے۔

(۱) مدد نسل شب (۲) قناتی نشہ - قناتی نشہ "ویبر" کا زیادہ بہتر ہے۔ کیونکہ اس کا سر اسیدھا اور کند ہوتا ہے۔

پتہ نگو میں کوئین مخلوں ڈالکر اس کو محذ رک کر لیا جائے۔ معالج کو مریض کے پیچھے کھڑا ہونا چاہئے۔ دائیں آنکھ پر عمل جوئی کرے گا وہ سٹے بائیں ہاتھ سے نیچے کی جفن کو پلٹ لیں اور دائیں ہاتھ سے نقاط دمی کے اندر "مدد نسل شب" داخل کریں اور جب تک آسانی سے جا سکے اس کو آگے بڑھاتے جائیں۔ پھر باہر کی طرف کو گھمائیں اور قناتہ کے اندر داخل کرے جائیں اس طریقہ سے نقطہ دمیہ فراخ ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد نشتر کے گول سرے کو نقطہ کے اندر اس طرح داخل کریں کہ پیچھے اسکو نیچے کی طرف سے بائیں اور پھر اندر کی طرف، مگر نشتر کی پشت سامنے اور نیچے کی طرف کرتے رہیں۔ ایسا کرنے سے قناتہ دمی کی موخہ دیوار میں شگاف ہو جاتا ہے۔ اگر نقطہ دمی خراب طور پر باہر کو نکلا ہو تو اس صورت میں اس کے اندر نشہ داخل کرے (جبکہ وہ غلط دمی سے رک جائے) اس کے دستہ کو اوپر اور ناک کی طرف گھمائیں اور اس حالت میں جفن کو باہر کی طرف کھینچے لکھیں تاکہ نشتر کی دھار کے ساتھ قناتہ کی دیوار تنی ہوئی رہے۔ اس کو نیچا لکھیں کہ نشتر کی دھار جو کہ مقام عین کی طرف ہوئی ہے وہ مقدمہ عین کو کوئی نقصان نہ پہونچا دے۔ (ملاحظہ اس کا نقطہ بالکل نہیں ہوتا) اگر عین دمی کے اندر تک شگاف دینا ہو تو ہر سنگ کا چاقو استعمال کیا جائے۔

اپرین کے دوسرے روز ایک پروب قناتہ دمی کے اندر ڈالا جائے تاکہ راستہ پھر بند نہ ہو۔ اس کے بعد جی کبھی کبھی ایسا کرے ہیں۔ اور جب تک اشد ضرورت نہ پیش آوے قناتہ دمی کو نہ کاٹیں۔ نقطہ دمیہ کا بند ہو جانا۔ شاذ و نادر ضمنی طور پر بھی واقع ہوا کرتا ہے۔ اور ندبی ساخت کے سکرے کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔ مکی اب سے تنکو سے پانی بہنے لگتا ہے۔ اس حالت میں اس کا علاج بہت دشوار ہے۔ مسدود نقطہ دمیہ کو کھولنے کی کوشش کریں اگر قناتہ میں پورا شگاف نہ دیں۔ اس حالت میں امتحان کرنے پر نقطہ دمیہ کا بالکل پتہ نہیں چلتا۔ لیکن جب ممدب مدسہ سے غور کے ساتھ دیکھا جائے تو اس کا نشان بڑی حد تک اور صاف معلوم ہوتا ہے۔ آلہ مدد نقطہ دمی کے اندر داخل کرے گا بعد اس کے اندر پروب (سلانی) داخل کیا جاسکتا ہے۔ اس کے بعد شگاف اپنے دام نشتر داخل کر کے تھوڑی دیر تک شگاف دیدیں۔

اگر اس طریقہ سے ناکامی ہو تو قنّۃ ذمی کو کاٹ دیں۔ جب خون کا سیدھا نہ ہو تو سانس کی نالی میں زخمی کا مدب دوسرے کے ذریعہ معائنہ کریں۔ اس کے بعد مشترک گندہ اس کے اندر داخل کریں۔ اگر اس میں بھی ناکامی ہو تو دہانی نقطہ دمی کھد ہو تو ٹیڑھا پردہ اس کے اندر سے گیس ذمی میں داخل کریں۔ درودہاں سے اس کو داخل کر کے زیرین نقطہ دمیہ سے نکالیں مگر اس عمل میں مریض کو بیہوش کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

قنّۃ ذمی کا انسداد۔ ندبی سانس یا کسی غیب جسم کی موجودگی سے ممکن ہے۔ غریب جب مہنہ پک کے ہاں وغیرہ ہوا کرتے ہیں۔ اور خاص خاص حالات میں اس کے اندر چھوٹے چھوٹے پتھر، بچہ مواد، بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ پک کا بک کسی قدر نقطہ سے باہر نکلا ہوتا ہے۔ اس کو ہم جفت سے پکڑ کر نکال سکتے ہیں۔ بچہ مواد ذمی اب م کے بخود سے پیدا ہوتے ہیں۔ اور یہ قنّۃ فراخ کرنے کے بعد اس کے اندر دس فی صدی پروڈاکٹل نموں کے ڈالنے سے کل سے تین نقطہ ذمی و قنّۃ دمی کی صفائی ہر وضعیاں۔ شاؤنا در پانی جاتی ہیں۔ کبھی نقدہ غائب ہوتے ہیں۔ یا دھنگ ہوتے ہیں۔ ایک جفن میں دو نقتے بھی مل سکتے ہیں جو کہ ایک ہی قنّۃ میں کھلتے ہیں۔ بعض وقت قنّۃ ذمی کے بجائے اس جگہ ایک گڑھا پایا جاتا ہے۔

التهاب کیس ذمی - Dacryocystitis یہ حالت عموماً پانی جاتی ہے۔ غربا میں زیادہ ملتی ہے اور عموماً مزمن ہوا کرتی ہے۔ اس میں آنکھوں سے آنسو بہتے ہیں ہوا لگے سے آنسوؤں میں زیادتی ہوا جاتی ہے۔ کیس کی جگہ پر درم ہوتا ہے۔ علمہ اور اس کے مجاورات یعنی تھمہ میں التهاب ہوتا ہے۔ کیس پر واد ڈالنے سے نقطہ دمی کے راستے سے مواد یا ہر خارج ہوتا ہے۔ شاؤنا در یہ مواد ناک کے اندر چلا جاتا ہے۔ اس مواد میں کبھی خالص رت اور کبھی مخاط۔ کبھی صیدی مخاط یا صرف آنسو ہو سکتے ہیں۔ خور دینی معائنہ کرنے پر اس میں مختلف قسم کے جراثیم مثلاً کرویات عقدیہ۔ کرویات غرقوہ اور کرویات ذات اریہ وغیرہ ملتے ہیں۔ ان جراثیم کی سمیت بہت شدید و تیر ہوتی ہے۔ عموماً قرنیہ کے قروح جن کے ساتھ خزانہ مقدم میں صیدی ترشح رکت کرتا ہے وہ ان ہی جراثیم کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں خصوصاً جبکہ یہ قروح ان لوگوں کی آنکھوں میں پیدا ہوں جن کی کیس ذمی میں التهاب ہو۔ ان کے مد ایسی آنکھوں میں التهاب کل امین بھی پیدا ہو سکتا ہے بشرطیکہ مقلہ میں پر کوئی جراحی عمل کیا جائے۔ یہ حالت آنکھ کے واسطے ہمیشہ خطرناک ہوتی ہے کیونکہ قرنیہ میں خفیف و معمولی رگڑ و خراش اس کے بعد بھی قروح پیدا ہو جاتے ہیں۔

مذہب کے بانی کی یہ معمولی بات تھی کہ انسانی نفس کا انتقام نہیں لیا جاتا بلکہ اس کی حالت سے بہت تلافی کی جاتی ہے۔ لیکن یہ انبیاء سے تلافی نفس کے اندر انتقامی حالت کی بجائے
 کے انتقام کی بجائے پیدا ہوتی ہے کہ جس کے انتقام کے لئے اس میں لایا جاتا ہے ایسے مرتدوں
 میں ناک کے دو۔ یہ بدترین ذہنی حالت کا مکر ہے۔ یہ ہے کہ منہ سے منہ سے انتقام نفس میں نہ
 ہو۔ مگر یہ ہے کہ انتقام نہیں ہے۔ اس میں کوئی شک نہیں ہے کہ ہر اوقات کس ذہنی حالت میں عظیم
 انتقام کا مناسب طریقہ کرنے کے بعد خود بخود مل جاتا ہے۔ اور انسانی انتقام اور اس کا دباؤ تلافی نفس کے
 زیرین سرے پر پڑنے کی وجہ سے یہ راستہ عارضی طور پر بند ہو جاتا ہے۔ یا بوا سیر الالف یا عظم مفسولہ کے ترجمہ جات
 کی وجہ سے یہ ذہنی حالت کسی ایک جانب کو ہٹ جانے کی وجہ سے ناک کے اندر تلافی نفس کا راستہ بند ہو جاتا ہے۔
 اگر منہ سے انتقام کی ذہنی حالت کا کوئی طریقہ نہ کیا جائے تو اندھا نہیں ہوتا۔ اور یہ حالت رفتہ رفتہ برستی رہتی ہے
 یہاں تک کہ کس کی دیر، دوس کی طبیعت چک نہ مل ہو جاتی ہے اور اس کے اندر کی رسویت، دھندلکہ یا ہر سے
 نہ پڑے نہایت نہیں ہوتی۔ اس صورت میں کسی وقت اس کے اندر عداوت انتہائی حالت پیدا ہو کر نہایت ہی پیدا ہو سکتی ہے
 اور علاج معالجہ سے ہی نجات پیدا ہو سکتی ہے۔ کیونکہ کس کے اندر انتقامی حالت میں خراش کے پونچنے سے کس کی خوں بافتوں
 میں تندی ہو سکتی ہے۔

عموم، سن رسیدہ شخص اس معنی میں مبتلا ہوتے ہیں اور یہ وہ دنگ ہوتے ہیں جو دن رات گرد و غبار وغیرہ
 میں اپنے کام کاج کرتے رہتے ہیں۔ اور اپنی بہانی صفا فی وغیرہ کا قطعاً خیال نہیں رکھتے۔ بعض اوقات نوزیدہ بچوں
 کو بھی یہ مرض لاحق ہو جاتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ انسانی ابتدا کا اسٹیمپس میں منقطع ہو کر راستہ کو بند کر دیتا ہے
 یا تکنیکی طور پر اس خرسے کے اندر سوراخ نہیں ہوتا جس میں سے تلافی نفسی ظہور پذیر ہوتی ہے۔ ایسی حالت میں اگر ایک
 باریک سلاخی اپروپ، احتیاط کے ساتھ اس راستہ کے اندر گنداری جائے تو یہ خرابی رفع ہو سکتی ہے۔ کبھی بچوں میں
 یہ حالت قطعاً نہیں اچھی ہوتی۔ ہمارے خیال ہے کہ ان میں سے اکثر مریض درنی یا آتش کی تندی کی وجہ سے اس کا شکار
 ہوتے ہیں۔ اور یہ درنی یا آتش کی تندی چھ کس ذہنی کے گرد کی ہڈیوں میں شروع ہوتی ہے۔ جو انوں کو بھی درنی
 انتقام کی ذہنی حالت میں مبتلا ہوتا ہے۔

[illegible]

مرد، چند ہی روز میں ناک کے راستے سے یہ پانی نکالنا شروع ہو جاتا ہے۔ اگر یہ مدت زیادہ نہ بچا رہی ہو تو
 اگر مہر کو گرمی یعنی برد و پچکا می کے درمیان کا وقتہ تیرن دیں۔ ایسا کرنے سے کٹھ مریغور کے طبع میں کاہل
 نائل ہوتی ہے۔ مریغ کو ہر ایت کر دینا چاہئے کہ وہ پچکا رہی کے درمیان وقتہ کے وفات میں اپنے مکان پر دوت
 ہیں چند مرتبہ کہیں دمی کو دبا کر مہویت کو خابج کر دیا کرے

چونکہ میں ذہنی و رقتہ انفی کا دپر کا حصہ مہذب ہوتا ہے اسی لئے مقررہ غشار و طوبیت کو ناک کے اندر بنانے سے منع ہوتی ہے۔ لیکن اس صورت میں مذکورہ علاج سے درم کم ہو جاتا ہے اور راستہ بدستور سابق پھر کھل جاتا ہے۔
 اگر بہتہ مشہو تک علاج کرنے کے بعد بھی ناک می ہو تو پچکاری میں بورک محلول کے بجائے۔ انفی صدی طاقت کا پروڈیٹار گول محلول استعمال کیا جائے۔

اگر پچکاری کے عمل سے پھر بھی فائدہ نہ ہو تو ناک کا معائنہ نہایت غور سے کریں اور قناتہ انفی کو بند کر نیو اسے اسباب کا تذکرہ کریں۔ اگر ناک کے اندر اس کے کسی سبب کا پتہ نہ چلے تو کیس دمی کو نکال دیں، کیس دمی کے نکلنے کا بروی عمل، کو بہترین طریقہ پر انجام دیا جائے تو مرض کی تکلیفات قطعاً رفع ہو جاتی ہیں۔ اور اس کو دوسری تدابیر کے مقابلہ میں اس عمل میں تکلیف بھی کم ہوتی ہے۔

۱۔ من الثباب کیس دمی کا علاج اکثر معالجین صرف پروب کے ڈالنے سے کرتے ہیں۔ قناتہ دمی کو شکاف دیکر کھول دیتے ہیں۔ اور بعد ازاں قناتہ انفی کے اندر ڈالکر اس کو رفتہ رفتہ فراخ کرتے جاتے ہیں۔
 ۲۔ مہذب کیس دمی میں پروب کے ڈالنے میں صدمہ کا خطرہ ضرور ہوتا ہے۔

۳۔ بعض اوقات اسی صدمہ کی وجہ سے ارد گرد کی بافتوں میں تعدی ہو جاتی ہے۔ اور کبھی اس سے الثباب حادث منتشرہ پیدا ہو جاتا ہے۔

۴۔ کوئی بات خرابی کی نہ بھی پیدا ہو تو کم از کم رگڑ کے مقام پر نیچر داخل پیدا ہو کر اور سکڑ کر بجائے مہذب غشار کے خود اس راستہ کو بند یا تنگ کرنے کا باعث بنتی ہے۔

۵۔ پروب کے داخل کرنے میں ہمیشہ تکلیف و درد ہوتا ہے۔ اور ایک مرتبہ اس عمل کو انجام دینے کے بعد عرصہ تک اس کا سلسلہ جاری رکھنے کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔

چونکہ اس عمل سے خارجی طور پر اکثر مریضوں کو فائدہ ہوتا ہے۔ اس لئے کچھ وقفہ کے بعد اس کو بار بار دہرانے کی ضرورت ہوتی ہے۔ قناتہ دمی میں شکاف دینے یا اس میں پروب داخل کرنے کے بعد فوراً ہی پروڈیٹار گول کے محلول سے اس کو دھو دینا مناسب نہیں ہے۔ کیونکہ کبھی قسم کے زخم یا رگڑ کے پیدا ہو جانے کی صورت میں یہ محلول گرد و پیش کی مانتوں میں داخل ہو جاتا ہے اور اس کی وجہ سے الثباب منتشرہ پیدا ہو جاتا ہے۔ مذکورہ ہدایت پر عمل پیرا نہ ہونے کی

وجہ سے عصب یا صرد کا مضور اور تجری یا فتوں کا التہاب منتشر ہو پیدا ہو چکا ہے۔ ذکر کردہ تمام باتیں اس مکاہین ثبوت ہیں کہ پردوب کے داخل کر کے سستہ مددہ پونچنے کا زبردست خطرہ رہتا ہے۔

بعض معالجین پردوب سے راستہ بنانے کے بعد چاندی یا سیسہ کی قلمیں اندر داخل کر دیتے ہیں تاکہ رستہ کھلا رہے ان قلموں کے اوپر کا سر، ٹیڑھا کر کے جن یا دھار پر رکھ دیتے ہیں تاکہ قلم گرنے نہ پائے۔ اس طریقہ علاج پر بھی وہی اعتراضات وارد ہوتے ہیں جو پردوب داخل کر کے اسے علاج کے مقصد بیان کئے جا چکے ہیں۔ گرچہ اس میں کسی طرح اس مرض میں افادہ نہ ہو اور ان کے کس دم کی کوئی طرح جراحی عمل کے ذریعہ نکال بھی نہ سکیں تو اس وقت مذکورہ طریقہ علاج کو اختیار کر سکتے ہیں۔ اس حالت میں بھی بہتر تو یہی ہے کہ جہاں تک ہوسکے عمل جراحی کر کے کیس کو نکال دیا جائے اور اس کے بعد فلار کو سادہ دگاز سے پھیر دیا جائے تاکہ زخم کا اندام تہ سے شروع ہو کس دم بھی کو نکالنے کا جراحی عمل۔ جراحی عملیات کے سلسلہ میں ملاحظہ ہو۔

اگر دونوں طرف حالت یکساں ہو تو ایک ہی وقت میں دونوں کو متحدہ کر دیں۔ جب عمل جراحی قبل الطینان طریقہ پر انجام پا جاتا ہے تو اندام کے بعد ندبی ساخت پر دباؤ ڈالنے سے کسی قسم کی رطوبت آنکھ میں نہیں متوجع ہوتی۔ اگر ہفتہ عشرہ کے بعد کس دم کی مقام پر دباؤ ڈالنے سے آنکھ میں رطوبت و پس آنے تو اس کا مستطاب یہ ہے کہ غث، مخاطی کا کچھ حصہ باقی رہ گیا ہے، مذاذ و بارہ اپریشن کر کے کی ضرورت ہے۔ عموماً ایسی حالتوں میں کس دم کی بطنی حصہ باقی رہ جاتا ہے۔ اور یہ حصہ چونکہ جفتی رباط کے اوپر واقع ہوتا ہے اس لئے رباط کو کاٹ لینے کے بعد اس کو ہم اچھی طرح دیکھ سکتے ہیں اس عمل سے کسی قسم کی کوئی خرابی نہیں پیدا ہوتی بعض اوقات قذافی غنی کے اوپر کے حصہ کو نہ نکالنے سے بھی آنکھ میں رطوبت و پس آتی ہے مگر جب اس کو عمدہ طریقہ پر کھینچ کر نکال دیا گیا ہو تو ایسا نہیں ہوتا۔

نزول المار کا ہر مریض جس میں کس دم کی کا التہاب موجود ہو اس کے نزول المار کے عمل جراحی سے پہلے میں دم کی کا نکال دینا ضروری ہے۔ اور اس عمل کے چند ہفتوں کے بعد جب ندبی ساخت کو دباؤ ڈالنے سے کسی قسم کی رطوبت آنکھ کے اندر واپس نہ آنے تو اس وقت نزول المار کا اپریشن کرنا چاہئے۔

اگر ذرق المار کی موجودگی کے ساتھ کس دم کی میں التہابی حالت پائی جائے تو یک یا تیرہ سوال یہ پیدا ہوتا

سب۔ یہ حالت میں فوراً قطع غنہ کرنا چاہئے یا نہیں؟ ایسے مریضوں میں چاہئے کہ پہلے کیس دمی کو طحہ سے پوری شدت میں دیکھ کر یہ طریقہ بہت کہ دونوں قفاۃ دمی کے گرد ایک (ربط) بند باندھ دیا جائے۔

بعض معالجین اس حالت میں نقاد دمیہ کو کواۃ صدید سے جلد دیتے ہیں تاکہ رطوبت کے داپس آنیکا۔ اسے بالکل بند ہو جائے۔ مذکورہ دونوں طریقوں کے بعد کیس کے اندر خراج پیدا ہو سکتا ہے۔ مگر اس عرصہ میں زرق اندر وار قطع غنہ کا زخم مندمل ہو جاتا ہے۔ اور ہر حالت میں خواہ خراج میں شگاف دیا جائے یا وہ خود پھوٹ جائے پیپ خارج ہو کر مٹھ کے اندر نہیں پہنچتی۔

کیس دمی کے نکال دینے کے بعد عرصہ تک آنکھوں سے پانی بہتا ہے۔ کیونکہ کیسی رطوبت میں جبرائیم کی موجودگی سے مزمن التهاب مٹتا پیدا ہو جاتا ہے طبعی حالت میں آنکھ سے رطوبت دمی بخارات بن کر اڑ جاتی ہے۔ مگر جب طبعی مقدار سے زائد رطوبت پیدا ہو تو اس وقت آنسوؤں کی صورت میں آنکھ میں یا رطوبت کی صورت میں ناک میں پہنچتی ہے۔ اس لئے جراحی عمل کے بعد آنکھ سے پانی بہنے کا علاج عابس محمولات کے ذریعہ کرنا چاہئے بعض ماہرین کا خیال ہے کہ غده دمیہ کو ایسی حالت میں نکال دینا بہتر ہوتا ہے۔ مگر ہمارے خیال میں اس کی کوئی ضرورت نہیں یا غرض اگر غده دمیہ کو نکال بھی دیا جائے تو گردوغبار کی وجہ سے آنکھ سے پانی کا بہنا پھر بھی نہیں رک سکتا۔

کیس دمی کا خراج۔ کیس دمی کا عاۃ التهاب یا کیس دمی کے گرد کی بافتوں میں صدید جراثیم کی نشوونما کی وجہ سے خراج بن سکتا ہے۔ ایسی صورت میں کیس کے اوپر کی جلد متورم اور سرخ ہو جاتی ہے۔ اور بہت جلد یہ درم اور سرخی زیرین جفن تک پہنچ جاتی ہے۔ یہاں تک کہ رخسار کا اوپر کا حصہ بھی متورم ہو جاتا ہے یہ حالت حمرا سے بہت مشابہ ہوتی ہے بعض لوگ غلطی سے اس کو الحمرا بھی تشخیص کر دیتے ہیں۔

ایسی حالت میں درد شدید ہوتا ہے۔ کچھ بخار بھی موجود رہتا ہے۔ خراج کا منہ کیس کے نیچے درباہر کی طرف بنا کرتا ہے۔ اور یہ ثقل کے ماتحت ہوا کرتا ہے۔ سی وجہ سے پیپ مجری کنارے کی طرف آ جاتی ہے۔ اگر خراج خود پھوٹ جائے تو چند روز تک پیپ ٹھسی رہتی ہے۔ اور اس کے بعد مستقل ایک ناسور بن جاتا ہے۔

علاج۔ اگر شروع میں ایسے مریض کے دیکھنے کا اتفاق ہو تو معالج کو چاہئے کہ قفاۃ دمی میں شگاف نہ دے۔ اگر اس کو آنکھوں دے۔ اور یہ شگاف کیس کے اندر تک ہو۔ اوپر سے بورک محمولوں وغیرہ کے ذریعہ کمیدات کی

اُتران پورا تیر ہو تو جہاں تک اس کا منہ بنا ہو وہاں تک چھٹی طرح شکاف دے کر پیپ کو نکال دیں۔ دیکھ لیں کہ مذکورہ خوب و سادہ دگازہ بھر دیں۔ اس کے بعد چار یا پانچ گھنٹے کے بعد تمکیدات کرتے رہیں۔ وہاں وہ گوبہر و زبردستے ہیں۔ اس جوت کا انداز تہ سے شروع ہو اگر وہ تک پیپ کا خرت ہو رہے۔ تو ایک مہینہ اس جوت کو خوب کھینچ کر پھر و سادہ بھر میں اور پٹی باندھ دیں۔ گاز بھرنے اور پٹی باندھنے کے عمل کو روزانہ ۱۰ بار میں نمودارنتی سطح جدیدی عمل سے ضابطہ ہو جاتی ہے۔ اور کیس بھی تنقل جو پیدائش ہو جاتی ہے۔ سی سے مرغین صحت یاب ہو جاتا ہے۔ اگر غشاء رکمل طویل پر ضائع نہ ہوئی ہو تو نامور بن جاتا ہے۔ ایسی صورت میں، سوڑگی دیواروں میں اندر کی طرف ڈر کر لٹا لٹکر شکاف دیدیں اور غشاء کے جھینچنے کو کاٹ کر معیدہ کر دیں۔ مگر یہ خیال نہیں کہ اس عمل کو سدا متداپ سے ختم ہونے کے کئی ہفتہ کے بعد کیا جاسے۔

فتاۃ نفی کا اعتناق۔ ممکن ہے کہ بعض خراب قسم کی نفی سائنٹ دار اعتناق پر وہب کے ڈالنے کی وجہ سے پیدا ہو۔ اور اس امر کا بھی امکان ہے کہ جو بشری ضلیات نایوں میں استر کرتے ہیں ان کے ضائع ہونے کی وجہ سے متناقی حالت معرض وجود میں آئے بعض اوقات گرد و پیش کی غلطی میں درنی مرض کی موجودگی سے بھی فتاۃ نفی کا اعتناق رونما ہوتا ہے۔

علج۔ اس کا علاج یہی ہے کہ پر وہب سے فتاۃ نفی کو فراخ کیا جاسے۔ مگر اس عمل پر جو اعتراضات وارد ہوتے ہیں ان کو ہم مفصل طریقہ پر بیان کر چکے ہیں۔ ہمارے خیال میں ایسے مریضوں کی کیس دہی کو جرحی عمل سے ذریعہ بالکل نکال دینا ہی مناسب ہے۔

امراض مشیمیہ و شبکیہ

اس کے قبل ہم بیان کر چکے ہیں کہ طریقہ دہی کے مختلف حصص نننا شاذ و نادر ہی ماؤف ہوتے ہیں یعنی ان کے ساتھ مشیمیہ و شبکیہ بھی ماؤف ہوا کرتا ہے۔ ان حصص کا تعلق طریقہ دہی کے مقدم حصہ میں بہت زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ اسی طرح اگر مشیمیہ کسی مرض میں مبتلا ہو تو جسم دہی میں بھی ضرور کچھ نہ کچھ التهاب ہوتا ہے۔ خواہ یہ التهاب کم ہی کیوں نہ ہو شبکیہ کے بیرونی طبقات اپنے تغذیہ میں مشیمیہ کے محتاج ہیں۔ لہذا جب موزالذکر میں

کوئی منفی کیفیت موجود ہو تو شبکیہ پر ہی اس کا اثر ثانوی طور پر ضرور ہوتا ہے۔ مگر شبکیہ کے ابتدائی امراض میں ضروری نہیں کہ شبکیہ ہی ماؤت ہو لیکن شبکیہ کے ابتدائی امراض کی حالت میں شبکیہ ضرور ثانوی طور پر کمزور ہوتا ہے۔ اس سے زیادہ بہتر ہے کہ ان دونوں کے امراض کو ایک جگہ پر بیان کیا جائے۔

تیندہ بم کو معلوم ہوگا کہ بعض امراض جن کو التهاب شبکیہ کے نام سے موسوم کرتے ہیں وہ حقیقتاً ثانوی طور پر التهاب شبکیہ کا نتیجہ ہوتے ہیں اور یہ بھی معلوم ہوگا بعض امراض جو اسی نام کے ماتحت داخل ہوتے ہیں وہ التهاب نہیں ہوتے۔ مگر اس کے باوجود اس نام سے موسوم ضرور کئے جاتے ہیں۔ لہذا اس امر کا خیال رکھنا چاہئے کہ التهاب شبکیہ کا شناختی معنی میں استعمال کیا جاتا ہے۔ علیٰ ہذا القیاس التهاب شبکیہ کے ماتحت بعض اوقات بعض فساد کی کیفیات داخل کی جاتی ہیں۔ حالانکہ شبکیہ میں التهابی کیفیت قطعاً نہیں ہوتی۔

شبکیہ کے ابتدائی امراض شبکیہ کے اندر ابتدائی التهاب کی دو صورتیں ہوتی ہیں (۱) ارتشاجی التهاب (۲) لٹھی التهاب۔ ارتشاجی التهاب میں مہتاب رقبے منتشر صورت میں پائے جاتے ہیں۔ اور ان کا نام ان ہی کے مقام کے اعتبار سے رکھا جاتا ہے۔ رقبہ رقبہ یہ التهابی رقبے تمام شبکیہ میں پھیل جاتے ہیں۔ بعض اوقات اس مرض کی ابتدا شبکیہ سے بھی ہو سکتی ہے۔ جو بالآخر التهاب کل العین کے نتیجہ پر ختم ہوتی ہے۔

عموماً ارتشاجی التهاب آتشکی ہوتا ہے۔ مگر آج کل کے ماہرین کا خیال ہے کہ آتشک کے علاوہ اس کے دوسرے اسباب بھی ہو سکتے ہیں۔ یہ التهاب سب سے پہلے قعر عینی کے موخر حصہ سے شروع ہوتا ہے۔ اس وقت ہم اسکو منتشر التهاب شبکیہ کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ اور جب قعر عینی کے مقدم حصہ سے شروع ہوتا ہے۔ تو اسوقت اسکو ہم مقدم التهاب شبکیہ کے نام سے نامزد کرتے ہیں۔

التهاب شبکیہ منتشرہ۔ اس کو ارتشاجی التهاب شبکیہ کا بہترین نمونہ سمجھتے ہوئے مطالعہ کریں۔ اس التهاب کے وہ رقبے جو تازہ تازہ ماؤت ہوئے ہوں وہ منظر عین کے ذریعہ دیکھنے پر زرد نقاط کے مانند معلوم ہوتے ہیں۔ اگر یہ رقبے شبکیہ کے نزدیک ہوں تو ظاہر ہے کہ ان عروق سے ان کی سطح گہری ہوگی یا یہ ان عروق کے پیچھے واقع ہونگے۔ یہ التهابی رقبے جات شبکیہ کے اندر انصباب کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ اس ارتشاج سے

مشمی عروق دھوی چھپ جاتے ہیں۔ درجہ تکہ جی ۲۰۰ یعنی تقری ۱۰۰ کاس کا سبب ہوتے ہیں اس سے کس
 انوکاس میں فرق آتا ہے۔ ابتدائی درجات التهاب میں نشت و برگ صحیح و سالم ہوتی ہے۔ اس میں وقت
 صرف مانی انقباض اس کے اندر سے گزر سکتا ہے۔ جو شبکیہ کو فاسٹری بنانے اور اس کے اندر سے ہی کیفیت
 پیدا کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ اس سے ان مقامات پر شبکی گٹار سے گزرنے ہوتے ہیں۔ امدان کی حدود
 نمایاں نہیں ہوتیں۔ التهابی ترشحات صرف شبکیہ سے اندر نہیں جکھ اس سے گزرنے کا جیہ تک پہنچ جاتے ہیں
 یہ وجہ ہے کہ زنباجیہ کے اندر نقاط کی صورت میں یا منتشر حالت میں سے ہی کیفیت پانی جاتی ہے۔ جب زنباجیہ
 میں یہ سے ہی کیفیت بہت زیادہ ہو تو جسم ہر جی بھی ضرور مایوت ہوتا ہے۔ آخری درجہ میں نشت و برگ بالکل خراب
 ہوتی ہے، حالانکہ مرضی حالات میں یہ کافی مقاومت کرتی ہے یا مشکل مذبذب ہوتی ہے۔ جیسا کہ دوسری
 نشتوں میں ہوتا ہے جو ٹپک دار الیاف سے بنی ہوتی ہیں۔ بہر حال جب یہ نشت و مذبذب ہو جائے تو شبکیہ و
 زنباجیہ میں گریات بیضا، نہایت آسانی سے پہنچ سکتے ہیں۔ اس کے بعد یہ ترشحات شمسی مایعات میں تبدیل ہو جاتے
 ہیں۔ درجہ ۲ سفید مخی طبع (کتلہ) بن جاتا ہے جو شبکی مخی مٹیوں کو بردہ کرتا ہے۔ درجہ ۳ کو تہیں
 دار ایک بنا دیتا ہے۔ ان مقامات پر مخی انوکاس تقری ۱۰۰ کاس تک تبدیل ہو کر سفید ہو جاتا ہے جس کا باعث کچھ تو
 یعنی سافٹ ہوتی ہے اور کچھ غمور نیز طبقات کا پتہ ہو جانا۔ ان ہی وجہ کے ماتحت مخی انوکاس تقری ۱۰۰ کے
 مقام پر روشنی پر نے سے صلیبیہ سفید رنگ کا چمک دار نظر آتا ہے۔

ان تمام مرضی اثرات کے ماتحت بشرہ شبکیہ کی مخی توین کا رنگ ضائع نہیں ہوتا۔ حالانکہ وہ غلیظ
 جن میں یہ تلوین پائی جاتی ہے وہ مردہ ہو جاتے ہیں لیکن یہ ضرور ہوتا ہے کہ مختلف مقامات پر بیرون غلیظ
 یا اندرون غلیظ یہ رنگ جمع ہو جاتا ہے۔ اس کے علاوہ بشرہ مونیہ کے غلیظ میں کچھ ہو جاتا ہے کہ
 اس کی مرضی تصویر میں منظر معین کے ذریعہ مایوت رقبہ بات سفید نظر آتے ہیں۔ دوران کے اندر جب رنگ
 کا اجتماع نقاط یا چھوٹے چھوٹے رقبوں کی صورت میں دکھائی دیتا ہے۔ رنگ کا اجتماع خصوصیت کے ساتھ
 غموری رقبہ بات کے کناروں پر پایا جاتا ہے۔ علیٰ ہذا القیاس سفید غموری رقبہ کے گرد سفید و معلقہ نظر آتا ہے
 گویا کہ یہ مرض کا آخری درجہ ہوتا ہے۔ یہ وجہ ہمیشہ ایسے ہی رہتے ہیں۔ جہاں جہاں مایوت التهاب ہوتا ہے۔

ہیں۔ یہ رتبے بہت صاف نظر آتے ہیں اور ان کی حدود بھی صاف نظر آتی ہیں۔ اس کے ساتھ دوسرے مقامات بھی مدت ہوئے ہیں اور ان ہی مراح کو طے کرتے ہیں۔ یہاں تک پورا تقریباً ان رقبوں سے پُر ہو جاتا ہے۔ اگر مریض خلیفہ اور معمولی ہو تو ایسے صرف چند رقبے پائے جاتے ہیں۔ اور زجاجیہ سے الٹا بی ترشح جذب ہو جاتا ہے۔ نہ یہ مرض کی حالت میں یہ رقبے بہت زیادہ تعداد میں ہوتے ہیں۔ اور زجاجیہ میں سماجی مقامات بڑھتے جاتے ہیں۔ بالآخر مدد کا تغذیہ خراب ہو کر مضاعف موتیا بند پیدا ہو جاتا ہے۔ اس مرض کی حادثات چونکہ بہت کم دیر پا ہوتی ہے اسی لئے عموماً مشاہدہ میں منور می کیفیت ہی دیکھنے میں آتی ہے۔ اس مرض کی علامات مندرجہ ذیل ہوتی ہیں۔ شروع میں صرف بینائی میں خرابی لاحق ہوتی ہے۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ طبقہ شبکیہ ماؤف ہوتا ہے اور زجاجیہ کے اندر سماجی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ ماؤف مقامات سطح سے اٹھے ہوئے معنوم ہوتے ہیں اس وجہ سے شبکیہ کی سطح بدل جاتی ہے۔ اور اس پر ہر چیز کی شبیہ بیکسل ہو جاتی ہے۔ اس کی ادنیٰ مثال یہ ہو سکتی ہے کہ ایک خط مستقیم متعدد مقامات پر مخنی معلوم ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ عموماً تمام اشیا اپنے طبعی حجم سے چھوٹی معلوم ہوتی ہیں اور کبھی بڑی بھی دکھائی دیتی ہیں۔ ہمارے خیال میں اس کی وجہ یہ ہے کہ اجسام عصوی و مخروطی ان مقامات پر باؤ جمع ہو کر بچھ جاتے ہیں۔ یا ان ہی مقامات پر ایک دوسرے سے نسبتاً ذرا دور ہو جاتے ہیں۔ اگر اس حالت کا صحیح اندازہ ہم صرف اس وقت لگا سکتے ہیں جبکہ بقعہ صفراوی ماؤف ہو جسی علامات بھی ظاہر ہوتی ہیں۔ مریض کو آنکھ کے اندر روشنی کا احساس ہوتا ہے یعنی شبکیہ کی خراش کی وجہ سے چونکہ معلوم ہوتی ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ آنکھ کے اندر بجلی کو نہ جاتی ہے۔ اس کے علاوہ آنکھ کے کھولنے پر مریض کو سامنے سیاہ دھبے بھی نظر آتے ہیں۔ حقیقتاً یہ سیاہ دھبے اس مقام کی وجہ سے نظر آتے ہیں جو کہ شبکیہ کے اندر ماؤف ہوتا ہے۔ اور اسی وجہ سے فضا میں سیاہ دھبے نظر آتے ہیں۔ بعد کے درجات میں ماؤف مقامات سے احساس بصارت کی تحریکات زائل ہو جاتی ہیں اور میدان بصری کے اندر یہ مقامات بصارت سے غائب ہو جاتے ہیں۔ ان مقامات کی اہمیت کا انحصار ان کی وضع پر ہوتا ہے۔ ایسے محیطی رقبوں کو مریض محسوس نہیں کرتا۔ مگر جب یہ مقامات مرکزی ہوں تو مریض اپنے سامنے دیکھنے کے قابل نہیں ہوتا۔ محیطی بصارت کے قائم رہنے کی وجہ سے مریض میں پھر سکتا ہے۔ مگر پڑھنا یا دوسرے باریک کام نہیں کر سکتا۔ یہ مرض مریض ہوتا ہے۔ ترشحات کو انجہ میں تبدیل ہونے کے لئے کئی ہفتے لگ جاتے ہیں۔

رقبہ جات پیدا ہونے کی وجہ سے مادہ است کا سطح بخوش ملک جاری رہتا ہے۔ بار خزا، وقت مقامات میں غموری کیفیت ظاہری ہو کر یہ حالت مستقل ہو جاتی ہے۔

پہلے ہی ہم بیان کر چکے ہیں کہ یہ مرض تو، اکتسابی تشنگ کی وجہ سے ہوتا ہے یعنی وقت غلطی تشنگ بھی اس کا باعث ہوتی ہے۔ یہی وجہ یہ ہے کہ اس کے ساتھ قرونی غلطی سبب بھی دیکھا جاتا ہے، اکثر مریضوں میں اس کا کوئی سبب نہیں معلوم ہوتا۔ ایسی صورتوں میں قحی مکرز، فقر دم یا خذیہ کی حسرتی اس کا سبب بیان کئے جاتے ہیں۔

قصر بصر میں بھی ایسی تبدیلیاں پیدا ہو جاتی ہیں مگر وہ قطعاً لسانی میں ہوتیں بلکہ شروع سے ہی ان میں فن کی کیفیت پائی جاتی ہے۔

علاج۔ اس کا علاج اسباب پر منحصر ہے۔ اگر تشنگ اس کا باعث ہو تو مریض کو آؤ ڈائیٹ دیں، اس کے دینے سے انتہائی کیفیت تحلیل ہو جاتی ہے اس کے علاوہ و طرفی جسم ہر بی کے لسانی علاج کا جو طریقہ بتایا گیا ہے اس پر عمل پیرا ہوں۔ سیاہ رنگ کی مینک استعمال کرائیں۔ باریک کام کاج بالکل چھوڑ دے جائیں بعض وقت کپنتی پر چونک لگوانے کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔

التهاب مشیمیہ مقدم | علو اس کا سبب تشنگ ہوتی ہے اس کا طور مذکورہ سابقہ التهاب کی صورت میں ہوتا ہے۔ مگر یہ التهاب قعر یعنی کے محلی حصے میں محدود رہتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ

شروع شروع میں صرف منفرعین کے ذریعہ اس کی حقیقت کا کٹ ف ہوتا ہے۔ بقیہ ہی حالت قصر بصر کی شدہ حالتوں میں بھی پائی جاتی ہے۔ یہ بخونی فساد کی وجہ سے اس کے مٹ یہ بیضا تو یعنی تغیرات محلی حصے میں پائے جاتے ہیں غلطی تشنگ میں قعر یعنی کے عیشی حصے میں چھوٹے چھوٹے توینی رقبہ جات پھیلے ہوئے پائے جاتے ہیں۔ ہمارے خیال میں یہ صرف شبکی مرہن ہے جس کی تشنیں سی سے ملتی ہوئی توینی حالت سے شکل ہوتی ہے۔ موزالہ کر حالت بعض لوگوں میں ذاتی خصوصیت کی بنا پر پائی جاتی ہے۔

التهاب مشیمیہ مرکزی | یہ حالت التهاب مشیمیہ منتشرہ اور بعض دوسرے حالات کے ماتحت پائی جاتی ہے، ہر فاشر کے مرض میں ان رقبوں کی خصوصیات اس کے بالکل متضاد

ہوتی ہیں۔ یعنی ماہر نہ سر کے مرض میں یہ رقبے پہلے سیاہ ہوتے ہیں پھر بڑھ جاتے ہیں۔ اور ان کے مرکز میں سفیدی پیدا ہو جاتی ہے۔ مرض خیمہ کی طرف بڑھتا رہتا ہے گویا کہ محیط پر الٹہابی تاز سے رقبہ جات بنتے رہتے ہیں۔

قرص بصری کے اتصالی حصص میں الٹہابی مشیمہ | یہ الٹہاب جوان مریضوں میں پایا جاتا ہے۔ اس میں قرص بصری کے نزدیک الٹہابی ترشح پایا جاتا ہے۔ اس کا حجم قرص بصری کے برابر ہوتا ہے۔ اور شکل بیضوی ہوتی ہے الٹہابی ترشحات سے شبکی عروق دموی دھک جاتے

ہیں اور اسی کے ساتھ ذجاجی غیر شفاف کیفیت پیدا ہو جاتی ہے بعض اوقات قرنیہ کی موخر سطح پر غیر شفاف نقاط یعنی الٹہاب قرنیہ نقاطی بھی موجود ہوتا ہے۔

میدان جبہ میں شدت غار رقبے بغیر بصارت کے پائے جاتے ہیں۔ جن کا سبب اب تک معلوم نہیں ہو سکا۔ الٹہاب آہستہ آہستہ غائب ہو جاتا ہے۔ اس مرض کا مادہ ممکن ہے۔

میشیمہ کا الٹہاب منتشرہ | الٹہاب مشیمہ منتشرہ۔ عارضہ حالت کی ابتداء میں تقریبی سفیدی مائل زرد یا خاکستری رقبہ جات کی صورت میں پایا جاتا ہے۔ یہ رقبے آہستہ آہستہ

کناروں پر طبعی ساختوں میں تبدیل۔ اور پھر بڑھ کر آپس میں مل جاتے ہیں۔ یہاں تک کہ تقریبی کا بیشتر حصہ ان سے بھر جاتا ہے۔ الٹہابی ترشح آہستہ آہستہ نیچوں میں تبدیل ہوتا جاتا ہے جس کی وجہ سے سفید رقبے باقی رہ جاتے ہیں اور ان کے اندر مشیمہ کے صرف بڑے عروق باقی رہ جاتے ہیں جو آپس میں مل کر ایک جاں بناتے ہیں شبکی رنگ جا بجا گہرے رنگ کے سیاہ کتلوں میں صیغ ہو جاتا ہے اور شبکی عروق دموی ان رقبہ جات پر سے گزرتے ہوئے طبعی حالت میں معلوم ہوتے ہیں۔ الٹہابی مختلف رقبوں کے آپس میں مل جانے پر درمیانی جگہوں میں جا بجا چھوٹے چھوٹے رقبے طبعی حالت میں باقی رہ جاتے ہیں۔ جن کو ہم منظر زمین کے ذریعہ صاف طور پر دیکھ سکتے ہیں۔ منوری رقبہ جات کا تقریبی انعکاس سفید ہوتا ہے اور اس کے درمیان کہیں کہیں پر سرخ رنگ کے طبعی انعکاس تقریبی کے چھوٹے چھوٹے رقبے نظر آتے ہیں۔ پرانے رقبوں میں منوری کیفیت لاحق ہونے کے ساتھ ہی نئے الٹہابی رقبے پیدا ہوتے جاتے ہیں۔ اور بعض اوقات الٹہابی رقبوں کا کنارہ آہستہ آہستہ طبعی نیچوں میں آگے کو بڑھتا ہوا معلوم ہوتا ہے۔ مذکورہ مرض کے بعض مریض آتشکی ہوتے ہیں اور بعض درنی۔ بعض حالتوں میں سبب کا قطعاً پتہ ہی نہیں چلتا۔

اور بعض مریضوں سے جس کے اندر کے جراثیمی مراکز سے دوران خون میں برفیہ، غلہ، کربا، و انتہائی بے پختگی میں
اور وہ اس امتحانی کیفیت پیدا کرتے ہیں۔

التهاب مشیمی قحی

یہ التهاب غشی جراثیمی کا نتیجہ ہے۔ خود یہ اس کی حالت سے پیدا ہو سکتا ہے یا پیش
کے بعد انکو میں جراثیمی تعدی کی وجہ سے قروح پیدا ہو سکتے ہیں یا خود قروح کی وجہ
سے یہ حالت پیدا ہو سکتی ہو۔ بعض حالتوں میں ذاتی تعدی کی وجہ سے بھی یہ حالت پیدا ہو سکتی ہے۔ یہ حالت سبب
اچر سوٹ کے بننا بھی نفسی میں ہو سکتا ہے۔ اس التهاب کی یہ بھری التهاب متشدد غشی سے اس وقت یہ حالت
بہتر مرض کے پائی جاتی ہے۔ اول اندر حالت میں جبکہ جراثیمی ہر سے تکلیف میں داخل ہوں تو بوجہ اس کے اندر غلہ
کی فراش اس طرح ہوتی ہے جیسا کہ کسی مزہ جراثیمی کے مذکور کرتی ہے۔ اس کی وجہ سے قحی اس التهاب جسم ہونی
قحی التهاب مشیمی پیدا ہوتا ہے۔ ذاتی تعدی میں جراثیمی سدھشکی یا مشیمی عروق کے اندر پھونچکر ظہور پاتا ہے۔
ایسی صورت میں یہ حالت دونوں آنکھوں میں بھی پیدا ہو سکتی ہے۔

بہر حال دونوں حالتوں میں جسمانی حرارت بڑھ جاتی ہے۔ سر میں درد ہوتا ہے۔ غیر جھوٹی رطوبت کی حالت
طاری رہتی ہے۔ اور بعض اوقات تے بھی ہو جاتی ہے۔ باہر سے تعدی کی صورت میں زخم کے کنارے زرد
ہوتے ہیں اور ان کے گرد کی ساختیں مردہ ہو جاتی ہیں۔ خزانہ مقدم میں صدیدی ارتشاح پایا جاتا ہے۔ منہ میں
حقان ہوتا ہے جسکی وجہ سے وہ موزم ہو جاتا ہے۔ ہڈی و مٹھی احتقان نمایاں ہوتا ہے۔ اجنان سرخ اور موزم
ہوتی ہیں۔ آنکھ میں سخت درد ہوتا ہے۔ جس کا باعث ابتداء میں التهاب غشی اور بعد میں قرصین کی زیادتی ہوتی ہے
زجاجیہ پیپ میں تبدیل ہو جاتی ہے، اسی وجہ سے تو بزموربی میں نکاس زرد رنگ کا نظر آتا ہے۔ خزانہ مقدم
بہت بعد پیپ سے بھر جاتا ہے۔ قرنیہ سماجی کیفیت لئے ہوئے زرد ہوتا ہے اور اس کے اندر غلہ ناغیب بھی پیدا
ہو سکتا ہے۔ محفوظ العین بھی ہو سکتا ہے اور اس کے ساتھ حرکات کا ابطال بھی رہتا ہے۔ آنکھ کے غلہ سن
ٹپٹاں میں اس التهاب پیدا ہو جاتا ہے۔ ذاتی تعدی واسطے مریضوں کی بنیادی بہت بعد ضائع ہو جاتی ہے۔ انوکھ
قرنیہ زرد رنگ کا ہوتا ہے۔ خزانہ مقدم میں صدیدی ترشح مرض کے ابتدائی درجات میں پایا جاتا ہے۔ اگر مریض کو
اپنی حالت پر چھوڑ دیا جائے تو پیپ پھوٹ نکلتی ہے۔ عام طور پر محیط قرنیہ کے ذرا پیچھے پیپ خارج ہوتی ہے۔ اس وقت

بدلتا رہتا ہے۔ یہ سب سبب کے تابع ہوتے رہنے کی وجہ سے آنکھ مضبور ہو جاتی ہے۔ انذار مرض خراب ہونے کے سبب اس میں جو تہ ضائع ہو جاتی ہے۔ اس کی وجہ سے دوسری آنکھ میں شہ کی التهاب نہیں ہوتا۔

سبب کل میں عام طور پر برویت ذات الریه کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے مگر کرویات غنود یہ دور عقد یہ بھی اس کو سبب ہوتا ہے۔ اسی کو کوئی سے یہی یہ حالت پیدا ہوتی ہے۔ عصارہ پایو سائیٹس (عصارہ اخضر) اور اس کے علاوہ دوسرے مینیجریم بھی اس کے باعث بنتے ہیں۔

علاج۔ پریشن کے بعد جب اس کا شروع کے علاج میں عمل نفع کو روکنے کی تدابیر اختیار کرنا چاہئے۔ زخم کے کناروں کو کور بولک ایڈ سے جلا دیا جائے اور خزانہ مقدم کو بائیڈرجن پر آگسٹڈ سے دھویا جائے۔ اندر آؤڈ وڈرم لگا کر گرم تھپید کی وجہ سے درجوں تک لگوانی جائیں۔ ایڈرجن آنکھ میں ڈالی جائے۔ جب ان تدابیر کے باوجود یہ یقین ہو جائے کہ ہم آنکھ کو نہیں بچ سکتے تو اس کو نکال دینا ضروری ہے۔ اس کے واسطے عرصہ تک انتظار کسی طرح مناسب نہیں ہے۔ آنکھ پر سی طرح کا دباؤ زیادہ نہ ہونا چاہئے۔ آخر میں جب خود پھوٹ کر پیپ نکھنے لگے تو التهاب سببائی کا ڈر رہتا ہے۔ اور اس کی وجہ سے جان کا خطرہ ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ بعض معالجین اس کا پریشن کرنا منسب نہیں سمجھتے۔ بلکہ آنکھ میں صلیبی شنگٹ دیکر پیپ کو آزادانہ نکھنے کے واسطے راستہ بنا دیتے ہیں۔ اور اس وقت تک انتظار کرتے رہتے ہیں جب تک کہ تمام تہی ملائیں رفع نہیں ہو جائیں۔ پھر اس کے بعد پریشن کر کے آنکھ کو نکال دیتے ہیں۔

گر آنکھ کو نکالنے کے بعد پیپ خارج ہونے لگے تو آنکھ میں آزادانہ شنگٹ دیکر اس کو خارج کر دیں۔ اور آنکھ کے اندر کی تمام ساختوں کو قطع سے نکال دیں۔ بعد صلیبیہ کے اندر مری کا مخلول بیچا۔ خوب اچھی طرح پاروں طرف لگائیں اور اس کے مری سے مخلول سے منہ کو خوب صاف کر دیں۔ اس کے بعد اگر چاہیں تو صلیبیہ کو بھی نکال دیں کیونکہ اس وقت التهاب سی کی خطرہ بہت کم ہو جاتا ہے۔ ورنہ کچھ دنوں انتظار کرنے کے بعد پریشن کر کے اس کو نکال سکتے ہیں۔

طبیعتہ شیمیہ کا مدرن | عاد اور ضمن دونوں صورتوں کا پایا جاتا ہے۔ مدرن عمومی شیمیہ کے اندر عاد مدرن کے آخری علاج میں ملتا ہے۔ خصوصاً درنی التهاب سبائی کی حالت میں شیمیہ کے اندر اس کو

شبکیہ کے نامزہقات میں نقادی نزل الدم کی وجہ سے تغیرات رونما ہونے پر بھی منتظر عین کے ذریعہ
شبکیہ پر ایسے نقاد، ت نظر آتے ہیں۔ فان پرکیت رد عمل یا دینین کی تلیق کے ذریعہ ہم مرض کی موجودگی معلوم
کر سکتے ہیں، ورنہ تشخیص کو متعین کر سکتے ہیں۔

علاج - شیمیہ کے تدرن عمومی میں مقامی علاج کی ضرورت نہیں ہوتی۔ مرض بہت جلد عمومی مرض میں مبتلا
ہو کر جاں بحق تسلیم ہو جاتا ہے۔

منتشر یا نقادی تدرن کے ابتدائی مدارج میں ورنین کی قطعوات مفید ثابت ہوتی ہیں۔ اگر آنکھ میں مرض زیادہ
نہ ہو تو آنکھ کو نکال دینا چاہئے۔ تاکہ ایک خطرناک مقام جس سے عدوی تمام جسم میں عمومی صورت اختیار کر سکتا ہے اسکو
جسم سے یحدہ کر کے مرض کی جان بچا سکیں۔

ذاتی سدوی التهاب باطن عین | مختلف صورتوں میں رونما ہوتا ہے۔ اس سے عام طور پر طریق شیمی
ماؤف ہوتا ہے۔ کلیتہاً عمومی التهاب طریق شیمی اور جزیئاتی التهاب

عینیہ سوزاکی ہوتا ہے، التهاب جسم جی، بی وینی کی معمولی قسمیں ہمارے خیال میں اسی قسم کے اثر سے پیدا ہوتی ہیں
جو کہ دوران خون میں موجود ہوتی ہے اور خون میں کسی دوسرے جسمانی حصے سے ماہل ہوتی ہے۔ مثلاً منہ، اعضاء ناسل
یا معی، وغیرہ سے اس کا انتخاب ہوا کرتا ہے۔ تشریحی معائنہ سے معلوم ہوتا ہے کہ یہ جراثیم بطور سدو کے عروق میں
پھنس جاتے ہیں۔ اس سلسلہ میں دو باتیں اور بھی مسلم ہیں۔

(۱) مختلف جراثیم آنکھ کی مختلف ساختوں کو پسند کرتے ہیں۔ مثلاً عصا ورنیہ شبکیہ طبقہ پر ابتداً حملہ آور
نہیں ہوتا۔ حالانکہ طبقہ شبکیہ کا تدرن شیمیہ کے تدرن کے ساتھ بطور عرض کے لاحق ہوتا ہے۔

(۲) سوائے شدید سمیت واسے نقادی جراثیم کے بقیہ دوسرے جراثیم جو ذاتی عدوی کے ذریعہ آنکھ میں
داخل ہوتے ہیں وہ بہ نسبت ان جراثیم کے معمولی اور ہلکا، التهاب پیدا کرتے ہیں جو ہر سے کسی زخم وغیرہ کی وجہ سے
آنکھ میں پہنچتے ہیں۔ بیا کہ جب کر دیات ذات الریہ کی تعدی جروح و خزیہ کے ذریعہ آنکھ میں ہوتی ہے تو ایسا
التهاب کل العین پیدا ہوتا ہے کہ آنکھ ضائع ہو جاتی ہے۔ اسی طرح عین جراثیم جو کہ جسم میں کسی دوسری جگہ التهاب
پیدا نہیں کرتے۔ مگر آنکھ کے اندر مذکورہ طریقہ پر داخل ہونے سے التهاب کل العین کا باعث بنتے ہیں۔ اگر کر دیات

ذات الریہ سی دومر سے مرکز سے بذب ہو کر اور بن خون کے ذریعہ آنکھ میں پہنچیں اور متاب پیدا کریں یہ وہاب
 گو کہ شروع میں بہت شدید ہوتا ہے۔ مگر بہت جلد بہت سا بہتہ۔ ت کے کہ ہو جاتا ہے۔ غائب اس کی وجہ یہ ہے کہ خون
 در نسخہ میں جراثیم کمزور ہو جاتے ہیں۔ ورنہ کی کہ ذریعہ بنی بن مہندی کی وجہ سے اس میں آتی ہے جو
 خون کے اندر پیدا ہوتے ہیں۔ مذکورہ ہو کہ مختلف جراثیم تدرت سے مختلف درجہ کہ متاب پیدا
 کرتے ہیں جس زمانہ میں یورپ میں پر موت کا پنجہ رچی نفیسی، مہماتی یعنی قبلہ اس میں سے مختلف نفیسیات
 مہیا نہ تھیں۔ اس زمانے میں اس قسم کا استہاب کل العین بہت عموماً کے ساتھ پایا جاتا تھا۔ اس کی خاص علامت یہ
 ہوتی ہے کہ خزانہ مقدم میں صدیدی ارتشاح پایا جاتا ہے اور بہت جلد حدت سین کے اندر زرد رنگ کا انعکاس رونہ
 ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ زجاجیہ میں پیپ پیدا ہو جاتی ہے۔

طریق مشمی کا شدید سد دی التہاب

طریق مشمی کے شدید سد دی التہاب کے ساتھ عصبیہ

جسم ہونی ویشیمیہ کا استہاب پایا جاتا ہے۔ اور یہ
 مرض خارجی۔ معمولی تعدی واسے استہاب کل العین کی طرح مختلف درجہ سے کرتا ہے۔ تاج کل یہ شاذ و نادر
 نظر آتا ہے مگر پھر بھی بعض مریض ایسے دیکھنے میں آتے ہیں جن میں ابتدائی درجات میں التہاب طریق مشمی
 موجود ہوتا ہے اور اسی کے ساتھ خزانہ مقدم میں صدیدی ارتشاح بھی پایا جاتا ہے۔ عموماً یہ متعدی امراض کے
 دوران میں لاحق ہوتا ہے۔ ذات الریہ۔ نزلہ و بایہ۔ خسرہ اور حمی قرمزہ میں خاص طریقہ پر پایا جاتا ہے۔ علیٰ ہذا تعلق
 التہاب سمی۔ زحیرہ (پیش) کے ساتھ بھی ملتا ہے۔ غلط فہم سے معائنہ کرنے پر اس حالت میں آنکھ کے شفا
 واسطے گندے نظر آتے ہیں۔ اور ان کے اندر سے موزم اور زرد رنگ کا شبکیہ دھندل سا دکھائی دیتا ہے۔ علامت
 معالجہ سے یہ التہاب رفع ہو جاتا ہے۔ اور اس کے بعد بنیائی نسبتاً بہتر ہو جاتی ہے۔ اس کی شدید حالتوں میں درد
 ہر بیہ تباہ ہو جاتے ہیں۔ تو تر میں گر جاتا ہے اور آنکھ مضور ہو جاتی ہے۔ بچوں میں یہ مرض سوز کی کردیات زوجہ
 کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ اس کے ماتحت جسم ہونی کے سلسلہ میں نفیسی ساخت بہت زیادہ بن جاتی ہے۔ اس کو
 سلعہ عصبیہ یعنی سے تشخیص کرنا بہت مشکل ہے۔ کاذب سلعہ عصبیہ یعنی میں بڑا حصہ وقت ہوتا ہے اور اس کی کہ شدت
 حالتوں میں جسم ہونی کے سلسلہ میں زجاجیہ کے اندر نفیسی ساخت کم جاتی ہے۔ اور شبکیہ میں نفیسی نشان

۱۔ کہتا ہے سین شکیہ کے اندر سفید منور سی رت بہت پیدا ہوتا ہے جس جو سابقہ التهاب کی خبر دیتے ہیں۔ ان میں سے
بعض میں سین کے اندر یہ معائنہ کرنے پر شیمیہ کی درنی حالت سے مشابہ ہوتے ہیں۔ یا ٹنکی مرکزی درید کے اندر سدھن پر
بانٹنی وجہ سے جو مٹنی کیفیت پیدا ہوتی ہے اس سے مشابہت رکھتے ہیں۔

۲۔ بعض مٹنیوں کی قرص بھری مقامی طور پر دفن ہوتی ہے۔ اسی صورت میں التهاب قرص بھری جس کے ساتھ
التهاب میں میں انقباض مت زیادہ ہو پاپا یا ماب۔ ان میں سے بعض نسخہ دلی کے ساتھ ہی دیکھے جاتے ہیں۔ یہ
حالت گویا نہ کرویات غنودہ کے سدوں کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ درہن اوتی ت کرویات ذات اریہ کی وجہ
سے بھی جی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کے علاوہ التهاب شکم کے بعض ایسے رقبے جو سفید نقاط کی صورت میں
ہیں وہی شکل کے نظر آتے ہیں ان کی وجہ حقیقتاً یہ ہے کہ قرص بھری کے نزدیک زف الدم لاحق ہوتا ہے۔ یہی کا
نتیجہ ہوتے ہیں اور کبھی ایسا نہیں بھی ہوتا۔

۳۔ نوی موخر شہ پر رہوئی نقاط کا وجود ہونا اور معمولی موخر الصافات کا پایا جانا اس امر کی دلیل ہے کہ درنی
دور سے پیدا شدہ التهاب شیمیہ کی وجہ سے تمامہ طریق ہدی بہت جلد موقوف ہو جاتا ہے۔
طیاح کا تخفیف حملہ مرض کی شدت و خفت پر ہے۔ اور اس امر کو بھی کافی دخل ہے کہ ابتدائی جراثیمی مرکز
کو مہلک نہ بنے میں ہم کہاں تک کامیاب ہوئے ہیں۔ نیز متعدی واسلے جراثیم کے معلق ہکو کہاں تک صحیح علم ہوا ہے
مرض کی تیز و خفیت میں مرض کو بہتر پر تہمت ٹانے رکھنا چاہئے۔ اسل واسلے والی اور درد کو کم کرنے والی
دوائیں دی جائیں۔ گرم کمید سے فائدہ حاصل کیا جائے۔ ایروپین آنکو میں والی جائے۔

مرض کی عمومی صورتوں میں سہل دیں۔ اور عمومی قوت بخشنے والی محرک دوائیں استعمال کرائیں۔ آنکو میں
ایروپین ڈالیں۔ سیاہ چنے لگانے کی ہدایت کریں۔ ہونک لگا کر ماہ کا مال کریں یا گپٹی پر آبلہ اٹھائیں۔ اگر
ابتدائی عقیقہ مرکز کا علم حاصل ہو سکے تو اس کا فوری اور مناسب تدارک کریں اور اگر خاص قسم کے کوئی جراثیم یا مٹن مل
ہو سکیں تو ان کی دیکھیں بنا کر تفتیح کریں۔ مگر جب سبب اور جراثیم کا پتہ نہ چل سکے تو متعدد اقسام کے جراثیم کی تیار
کردہ مخلوط دیکھیں کی تفتیح کریں۔

انہی التهاب شیمیہ، سدوی التهاب باطن العین، التهاب کل العین کے ماتحت ملاحظہ فرمائیے

طبقہ مشیمہ کے فساد می تغیرات | ایہ تغیرات یہ جگہ نمبر ہوتے ہیں ۔ ہندو اور مسلمان

ہیں اس اندک بصیرت میں محقق غمور رہے ہوتے۔

ہیں جن کے متعلق پہلے برفصل بیان کر چکے ہیں۔ قمار کے قانون و پابندی کی ضرورت: ایک ایسی حالت ہے جس میں

کے گھڑیہ میں غربی کی وجہ سے اس کے گھریں پر ت کے گردن میں خنجر کی غیبت پیر جو ہائی بہ تکیہ

اندرونی تغیرات کے پیدا ہونے سے شہرہ موز کا رنگ شبیہ کے کچھ حصے میں منتقل ہو جاتا ہے اور یہ دونوں دریدی

تجربہ دینے کے گرد مجتمع ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے تنگی ویریدیں جو بے فائدہ تھیں، اس کے علاوہ انسانیت کے ذریعہ

ہم بعض مقامات پر شیخ دارطون رقبہ عبات دیکھ سکتے ہیں یہ رقبے بہت زریں ہوتے ہیں اور مساحت کے ساتھ نیکلی

ستاب مولد میں نقطہ آگے میں حقیقتاً ابد فی غمور کی وجہ سے پیدا ہوئے ہیں۔ شب سے پیدا ہونے والے غمور

تسمیہ میں ہی اس سے مشابہ حالت دیکھی جاتی ہے۔ تسمیہ کی تصویریں سے انھیں اس کا سبب اس کے غذائی کی خبر پڑتی ہے۔

تصدیق اس امر سے بھی ہوتی ہے کہ خد کو جس میں یہ حالت مصنوعی طور پر پیدا کی جاسکتی ہے۔ بشرطیکہ ان کی انگوٹھ کے اندر۔

کے لئے اس میں یہ بھی قصیدہ لکھا گیا ہے۔

طبقتہ یسیمیہ کا ابتدائی مسا و معامی اور کمونی دونوں صورتیں تعمیر و بسط کے لیے اس کی بہترین مثال سمجھا جاتا ہے۔

مسلون ہے۔ بس لوہم ایدہ بیان کریں گے۔ کتاب کے بعد یہ میری موت کی مورخہ مردہ اور بی مورخہ مورخہ

بھری پی پائی یا سنا ہے۔

مروری امشب بگذرید میه یایی مروری مور مور بگو تا سیر صدید کایید پو باب است و سیر پو باب

منہ دے کر کہ ان مشاہیر و بزرگواروں سے ملنا میری خواہش ہے۔ ان کے بعد وہیں اضافہ بھی ہو سکتا ہے۔ یہی

اصل حالت یہ بھی قائم رہ سکتے ہیں۔ ہمیشہ جھوٹے جھوٹے دوستوں میں۔ عموماً ان کی شکل گول ہوتی ہے۔ ان کے کمر سے

رُٹے رُٹے گئے مَوے وندائے دارِ موتے میں جن کو دیکھ کر جم کو معلوم ہوتا ہے کہ یہ آپس میں دغہ ہو گئے ہیں۔

مقامات پر ان کے کناروں میں بے قاعدہ طور پر خاکسری توہین کے آثار نظر آتے ہیں جس کی وجہ یہ ہے کہ ان مقامات

برسرِ شرمونہ کھینچا ہوا ہوتا ہے۔ دونوں طرف یہ حالت یکساں ہو سکتی ہے۔ اس کو بعض اوقات معطلی سے متشابہ تبکیہ

وجہوں نے سمجھ دیا جاتا ہے۔ مگر بول زلانی والی حالت سے اس کو تشخیص کرنا آسان ہے۔ کیونکہ اس حالت میں یہ
بتے روشن اور چمک دار ہوتے ہیں۔ اور ایک شکمے یا تارہ کی شکل میں مدون ہوتے ہیں۔ مرکزی نقاطی التہاب
میشیمہ میں بنیانی پر کم اثر پڑتا ہے۔ مگر دوسری شیخوخی تبدیلیاں اس کے اندر پائی جاتی ہیں۔ اسی وجہ سے بنیانی
نقص دور پر کم پائی جاتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ میسیمہ کی سطح پر اجسام کو لانا پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان کی ساخت
نشا و برک سے مشابہ ہوتی ہے۔ اس کی طرح یہ اجسام بھی بشرہ طونہ کے افراز ہوتے ہیں۔

مرکزی خلی صمور میسیمہ | میسیمی فاسٹر سے اس کی تشخیص فرقہ نہایت ضروری ہے۔ یہ مرض
بڑے گول یا بیضی شکل کے فسادی تغیرات میں ظاہر ہوتا ہے۔ بقیہ صفرادی

والے رقبہ میں پایا جاتا ہے۔ اس مقام پر شبکی بشرہ طونہ کے صمور کی وجہ سے اس کے اندر سے میسیمی دموی عروق
نظر آتے ہیں۔ اور میسیمہ کے صمور کی وجہ سے صلبیہ اندر سے چمکتا ہوا نظر آتا ہے۔ اسی وجہ سے یہ مقام سفید معلوم ہوتا
ہے۔ اور اس کے اوپر میسیمی عروق نظر آتے ہیں۔ مگر صرف بڑے عروق دکھائی دیتے ہیں۔ چھوٹے عروق غائب ہوتے
ہیں اور بڑے عروق بھی چھوٹے دکھائی دیتے ہیں۔ کیونکہ ان کی دیواروں میں فسادی تغیرات پائے جاتے ہیں جنکی
وجہ سے باقی طبعی حالت کے یہ سکڑ جاتے ہیں۔ میدان بصر میں مرکزی حصہ بغیر بصارت کے نظر آتا ہے۔ اگر اس کے
باقی موتیہ بند بھی لاحق ہو تو فوری احساس خراب ہوتا ہے۔ اسی لئے پریشن کے بعد اس کا نتیجہ اچھا نہیں برآمد ہوتا۔
لہذا ایسے مریضوں کا معائنہ نہایت غور و فکر سے کرنا چاہئے ممکن ہے کہ یہ مرکزی صموری کیفیت التہابی الفصیب کی وجہ
سے پیدا ہوئی ہو۔

مذکورہ حالتوں کے علاوہ بعض تبدیلیاں جو مخصوص طور پر حفرہ مرکزی میں یا اس کے ارد گرد پائی جاتی ہیں،
بوزمیں میں زیادہ ہوتی ہیں۔ جن کی وجہ سے مرکزی بنیانی خراب ہو جاتی ہے۔ ان کے معائنہ کے واسطے حدتہ
میں کے انبساط کی ضرورت ہوتی ہے۔ انبساط حدتہ کے واسطے کوکین یا ہوم ایٹروپن سے کام لینا چاہئے۔ اور
معائنہ ختم کرنے کے بعد آنکھ میں ایسیرین ڈال کر حدتہ کو منقبض کر دینا ضروری ہے۔

جب کسی مریض کی مرکزی بصارت خراب ہو لیکن یوں تیار بندہ ذرق المار کا وجود معائنہ سے نہ ثابت ہو تو اس کا یہ
مطلب ہے کہ بقیہ صفرادی میں کوئی ایسی تبدیلی واقع ہوئی ہے۔ جو اس بصارت کی کمی یا ضائع ہونے کا باعث ہو۔

اس حالت کے ابتدائی مراح میں حفرہ مرکزی کے گرد مقلدہ صورت میں طعنات پھیل جاتے ہیں۔ یہ صورت بڑھ
 رفتہ محیط میں گہ جاتی جاتی ہے۔ محیط پر قلعہ میں طبعی حالت میں نظر آتا ہے۔ آہستہ آہستہ حفرہ مرکزی کو رنگ ہکا
 پڑنا شروع ہو جاتا ہے۔ اور بعد رتیزی کے ساتھ گہ ہونے لگتی ہے یہاں تک کہ مرکز میں ایک مقلدہ شکل بصری
 ہو جاتا ہے۔۔۔ میدان بصری میں مقلدہ بات نظر آتے ہیں۔ یہ حالت دونوں آنکھوں میں پائی جاتی ہے۔ اگر ایک آنکھ
 میں پہلے اور دوسری میں بعد کو پیدا ہوتی ہے۔ یعنی پہلے بعد دیکھنے والوں۔ وقت ہو جاتی ہے۔ کمران میں آتی۔ دیکھ
 وقت ہو سکتا ہے۔ بعض ہرگز اس کا سبب غشی مراکز سے سمیت کا شذیاب قرار دیا ہے۔ اور بعض کے نزدیک
 شعاع فوقانی منبشی کا عمل اس کا باعث ہے۔

بعض اوقات گول زرہی مائل مرکز جس کا تہہ قرص بصری کے برابر ہوتا ہے۔ بقعہ صفراوی پر پایا جاتا ہے
 یہ دونوں طاف (دونوں آنکھوں میں) پایا جاسکتا ہے۔ ان مریضوں کے شبکی عروق۔ وقت ہو سکتے ہیں بعض اوقات
 یہ نزل الدم کے بعد پیدا ہوتا ہے۔

علاج۔ مذکورہ فساد کی تیزات کا علاج اطمینان بخش نہیں ہے۔ اگر مرکزی تیزات کو شروع ہی میں معالج
 دیجئے تو اسباب لہذا وغیرہ کا علاج ضروری ہے۔ جو ہر کچلہ نیز کبھی محرکات کا استعمال مفید ہے۔ مگر عام طور پر اس
 علاج سے کوئی فائدہ نہیں پہنچتا۔ مریض کو صرف اتنی تسلی دیا جاسکتی ہے کہ اس کے میدان بصری کا بقیہ صحت
 محفوظ ہوگا۔

قرص بصری کے چاروں طرف شبکیہ کا منور قصر بصر و زرہی کے آخری مراح میں پایا جاتا ہے۔
 یہ نہایت نازک قسم کا بڑھنے والا فساد دونوں آنکھوں کے طبقہ شبکیہ میں پایا
 جاتا ہے۔ زمانہ طفلی میں اس کی ابتدا ہوتی ہے جوانی میں اس کے بعد
 مریض بالکل اندھا ہو جاتا ہے۔ اس مرض کا اثر سب سے پہلے شبکیہ کے
 شعری عروق پر ہوتا ہے۔ جس کی وجہ سے شبکیہ کے بیرونی پرت کا تغذیہ ابتدائی سے خراب ہو جاتا ہے۔ یہ فساد
 آنکھ کے اندر ایک دائرہ یا رقبہ کی صورت میں شروع ہوتا ہے اور اس کی ابتدا مقلدہ میں کی سمت اس کے قریب
 سے ہوتی ہے۔ یہاں سے یہ سامنے اور پیچھے کی طرف بڑھتا رہتا ہے۔ بقعہ صفراوی مرض کے آخری مراح میں وقت

التهاب شبکیہ متلون۔ رتوند

Retinitis pigmentosa

ہوتا ہے یہ حالت دونوں آنکھوں میں پانی جاتی ہے۔ اس کے قریب شبکیہ کا تغذیہ دوسرے تمام مقامات سے
 ابتداً قریب ہوتا ہے یہی وہ مقام ہے جہاں پر شریانیں ہر بیہ صغیرہ اور شریانیں راجع ہر بیہ ملتی ہیں۔ اس مریض کی
 مددیں نمایاں ہوتی ہیں سب سے مخصوص مدد اس کی یہ ہے کہ مریض شام کو یا کچھ دیر کے بعد دیکھ نہیں سکتا
 ممکن ہے کہ شبکیہ کے اندر توین پیدا ہونے سے ساہا سال تک یہ علامت پائی جائے۔ کم روشنی میں بصارت کا
 انحصار اجسام معلویہ پر ہوتا ہے جنی روئے نہی اجسام کے تغذیہ کی فراہمی کا نتیجہ ہے۔ اور یہ اجسام شبکیہ کے زیادہ نزدیک
 ہونے کی وجہ سے ماذت ہوتے ہیں۔ معائنہ کرنے پر ممکن ہے کہ مریض کی مرکزی بصارت اور تیزی بصارت دونوں
 طبیعت میں پانی جائیں۔ میدان بصر کا معائنہ کرنے سے دچوں میں میدان بصر کا معائنہ ہمیشہ ناقابل اطمینان ہوتا ہے
 جوانوں میں خاص طور پر میدان بصر ہم مرکز و افراد کی صورت میں سکڑا ہوا معلوم ہوتا ہے۔ اس کو آسانی کے ساتھ
 معلوم کرنے کے واسطے روشنی کو کم کر دینا چاہئے۔ ابتدائی درجات میں میدان بصر کے خاکہ میں دائرہ نمایاں سلفہ کے
 مانند ایسا حلقہ ملتا ہے جس میں بنیائی غائب ہوتی ہے۔ گویا کہ یہ وہ مقام ہے جہاں پر نسادہ تغیرات کی وجہ سے
 شبکیہ ماذت ہو چکا ہے۔ پھر جیسے جیسے مرض ترقی کرتا ہے میدان بصر آہستہ آہستہ کم ہوتا چلا جاتا ہے۔ یہاں تک
 کہ محض مرکزی بنیائی کے مقام پر صرف تنویری دور ہر تک بصارت باقی رہ جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس وقت بھی
 مرکزی بصارت درست نہ ہو یا طبیعت ہو مگر مریض چلنے پھرنے سے معذور رہتا ہو۔ کیونکہ اس کی بصارت کا یہ مانجواں
 ہے کہ جیسے ایک شخص دونوں میں سے دیکھ رہا ہو۔ ایسی صورت میں وہ صرف ان چیزوں کو دیکھ سکتا ہے جو کہ
 بالکل اس کے سامنے ہوں۔ اور ادھر ادھر کی کوئی چیز اس کو نظر نہیں آتی۔ ایسے مریض بیکوں کی طرح چار طرف متغیر
 پھرتے ہیں۔ ۵۰ سال یا ۶۰ سال سے پیشہ مرکزی بصارت نہیں ضائع ہوتی۔ مگر اس سے قبل موت یا بند کی وجہ سے
 کام کج کے لئے بصارت خراب ہوتی ہے۔ ایسے مریضوں میں منظر عین کے ذریعہ تصویر عجیب و غریب نظر آتی ہے
 جس مقام پر شبکیہ ماذت ہوتا ہے وہاں بے شمار سیاہ جیسے نظر آتے ہیں۔ جو مرکزی سے مشابہ ہوتے ہیں۔ شبکی
 اور وہ کے گرد کچھ دور تک زمین غلاف نہ آتا ہے۔ مگر شریانوں کی یہ حالت سمجھی نہیں ہوتی۔ شبکیہ کے بشرہ طونہ
 کا رنگ جیسے جیسے وہاں سے منتقل ہو کر پٹیوں میں پڑتا ہے ویسے ویسے یہ بشری فصیات بے رنگ ہوتے
 جاتے ہیں۔ اسی وجہ سے شبکی عروق نظر آنے لگتے ہیں اور قعری انعکاس میں ان کا جال دکھائی دیتا ہے۔ طونہ

جوشبکی عروق کے نزدیک نظر آتے ہیں۔ دونوں عروق سے متعدد جانب معلوم ہوتے ہیں یہ وہ بہت کم سے کم ہیں کہ کسی قدر عروق چھپ جاتے ہیں۔ ٹران کے صحیح مقام کے قلع کوئی شبہ نہیں رہتا۔ ان عروق کے بہنے سے یہ عروق اپنے طبیعی سموری رنگ واد دھوس سے مختلف ہوتے ہیں۔ کیونکہ ان میں توخین شیمی عروق کے پیچھے ہوتی ہے مختلف مایوں میں رنگین دھوس کی تعد مختلف ہوتی ہے۔ اور بعض اوقات یہ ابتدائی مدت میں دست ہی کہ مچھتے ہیں ہم اس امر کا ثبوت ہم پہنچا سکتے ہیں کہ ابتدائی مباح میں صرف ایک مخصوص حصہ، وقت ہوتا ہے جو مچھتی نہیں ہوتا۔ کیونکہ اس مادت حصہ کے باہر کی طرف ہی طبقہ شیمی ہم کو بھی مدت میں دیکھنی دیتا ہے اور یہ صاف جینی حصہ معن کی ترقی کے ساتھ کم ہوتا جاتا ہے۔ یعنی جیسے جیسے مرض مرکز کی طرف بڑھتا ہے کسی قدر باہر کی طرف بھی بڑھتا جاتا ہے۔ شیمی عروق ایسی شریں اور درود نہایت ایک دہ گوں کی طرح ہوتی ہیں اور جیسے جیسے توخین جینی ہوتی ہے وہ شیمی معذور ہوتا جاتا ہے۔ ویسے ویسے شیمی کے عقدی طبیعت عصبیہ خالص ہوتے جاتے ہیں جسکی وجہ سے خلافت وایبھی ایف میں فسادی تغیرات پیدا ہوتے ہیں یعنی مذکورہ طریقہ پر بھی ایف کا فسادی تغیر عصب باصرہ کے اندر بھی پہنچ جاتا ہے۔ پھر عصب باصرہ کا صغور آہستہ آہستہ بڑھنا شروع ہوتا ہے۔ قریب بھری کے اندر ابتدائی صغور کی علامت ممتی ہے۔ مگر یہ اس حالت کی نمایاں علامت نہیں ہوتی۔ قریب بھری کا رنگ زرد ہو جاتا ہے لیکن زرد و تر اس کا رنگ شہد کی کھی کے موم کی طرح زردی میں سفید ہوتا ہے۔ اس کے ذیلیغی لینگ نہیں بڑھتی۔ بلکہ عروق نہایت چھوٹے چھوٹے اور باریک ہوتے ہیں۔ اس کے بعد مدد کا تغذیہ خراب ہو جاتا ہے اور عرضی موتیا بند لحق ہوتا ہے۔ اس موتیا بند کی خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ یہ بڑھنے والے موثر قشری موتیا بند کی صورت اختیار کرتا ہے۔ چنانچہ بالآخر مدد کا قشری حصہ بالکل غیر شفاف ہو جاتا ہے۔ اس مرض کے مایوں کی آنکھوں کا بعد الموت معائنہ کرنے پر معلوم ہوتا ہے کہ شیمی عروق کے اندر بہت زیادہ بشرہ باطن کا فساد پایا جاتا ہے۔ یہی حالت شیمی عروق کی بھی ہوتی ہے۔ مگر یہ عروق مرض کے ابتدائی درجات میں بہت کم، وقت ہوتے ہیں۔

اسباب اسباب اس مرض کے ہونا نامعلوم ہیں۔ ایک ہی خاندان کے متعدد افراد اس مرض میں مبتلا ہوتے ہیں اور ایک ہی خاندان میں کئی نسوں تک اس مرض کا سلسلہ جاری رہنا ممکن ہے

بعض وقت خود مریضوں میں یا ان کے رشتہ داروں میں جنون دیکھا جاتا ہے۔ صرع یا دماغی کمزوری کی مقدار پانی جاتی ہیں۔ ان مریضوں کی مجموعی تعداد کا $\frac{1}{10}$ حصہ بہرا ہوتا ہے۔ گونگے۔ اور ہرے لوگوں میں ۴ فی صدی کے اندر یہ مرض پایا جاتا ہے۔ جسمانی دیگر مریض یا دلخ یا آنکھ کے اندر خلعتی بد وضعیاں پانی جاسکتی ہیں۔ فلفلی آنکھ سے بھی اس حالت کا پید ہونا ممکن ہے۔ مگر اس میں مخصوص طور پر توند کی کیفیت پیدا نہیں ہوتی۔

ممکن ہے کہ آتش لہتا شبیمہ و شبکیہ میں منظر عین کے ذریعہ مرضی تصویر اور توند دونوں ویسی ہوں۔ یہ کہ مذکورہ مرض کے اندر بتائی گئی ہیں۔ مگر ایسے مریض بہت کم یا ہوتے ہیں۔ صحیح۔ توند سے اس کی تشخیص اس طرح ممکن ہے کہ اس فائدات کے دوسرے افراد میں سے کسی میں یہ حالت نہیں ہوتی۔ علاوہ اس کے ان مریضوں میں زہن لطوفیت سے نہیں شروع ہوتی بلکہ اس کے بہت بعد اس کا آغاز ہوتا ہے۔

شروع مرض۔ التهاب شبکیہ متلون کے مریض کی آنکھ کے معائنہ بعد الموت کا موقع ملنا شاذ و نادر ہی ممکن ہے۔ سن حالت میں معائنہ کیا گیا ہے ان سے معلوم ہوا ہے کہ شبکیہ بیردنی پرت بہت زیادہ مضور حالت میں تھے اور ان کے اندر بشرہ موٹہ کارنگ منتقل ہو کر جمع ہو گیا تھا۔

میشمی حروق۔ وقت رقبہ بات سے غائب تھے۔ میشمی بڑے عروق کے اندر فساد کی تغیرات کے متعلق اب تک حد نہیں ہو سکا کہ فساد کی تغیرات ان میں پائے جاتے ہیں یا نہیں۔ کیونکہ ان میں تبدیلی بہت ہی معمولی ہوتی ہے اور وہ بھی بعض اوقات۔ خروش میں تجربہ کرے سے معلوم ہوا ہے کہ اگر شرائین ہادی صغیرہ کو کاٹ دیا جائے تو شبکیہ کے اندر کوئی فساد کی تغیرات شروع ہو جاتے ہیں۔ اور اس کی حالت بعینہ التهاب شبکیہ متلون سے مشابہ ہوتی ہے۔ یہی اس امر کی دلیل ہے کہ یہ فساد کی حالت شبکیہ کے دوران خون کی خرابی سے شروع ہوتی ہے۔

علاج۔ اس کا علاج اطمینان بخش نہیں۔ کیونکہ مرضی حالت پر کسی دوا کا خاطر خواہ اثر نہیں ہوتا۔ اس مرض میں جو یہ کہہ سکتے ہیں یا باس یا اس کی تفتیح کی جائے۔ اس کے علاوہ کمر بانی رو بھی مسلسل استعمال کی جاتی ہے۔ بعض اوقات شبکیہ و قنوی باسے اتصال پر گونٹ قبہ بنا دینے سے فائدہ ہوتا ہے۔ شاید اس کی وجہ یہ ہو کہ ایسا کرے سے تو ترمیم کم ہو جاتا ہے۔ عدسہ کے نکال دینے سے بنیانی میں کسی قدر فائدہ ہو سکتا ہے۔ مگر ابتدائی علاج میں ایسا نہ کرنا چاہئے بلکہ آخری درجات کے وقت کے لئے ملوئی رکھنا چاہئے۔ اس کے واسطے جگر اور طحال کھان

بھی بہت مفید ہوتا ہے۔

اس مرض کی ایک اور قسم بھی بہت جس میں شبکی تومور نمایاں نہیں ہوتی۔ اس کو بہت کم متنبہ بنی
تومور کے پچھلے درجہ کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ یہی حالت جب پردہ پانی سے ڈھانچا ہوتا ہے۔ یہ بکثور
لاحق ہوتا ہے۔ اسی لئے غلطی و توند سے یہ مختلف ہوتی ہے۔ کیونکہ موخر اندر صورت میں شاید وہ دینی یہ ہوتا
ہے۔ یہ موردی ہوتی ہے اور ایک ہی حالت پر یہ مادیاتی ہے۔ اس سے متنبہ یہ مفید نقطہ ہے۔ متنبہ بنی شبکی غلتہ
ہے۔ اس میں مرضی کیفیت اور اس کا مرضی دور جینہ و سیاہی ہوتا ہے۔ مگر تبکیہ مذہبی گروں سفید رنگ و لہر
آتے ہیں۔ جو تمام قومینی پرکیاں پھیلے ہوئے ہوتے ہیں گوکہ یہ البتہ شبکی تومور کی ایک قسم ہے۔ جو مرضی مت
سے مختلف ہوتا ہے۔ نہ اندان میں سب کو یہ ایک قسم کا لاحق ہوتا ہے۔ اس کی دوسری خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ
یہ حالت ہمیشہ بڑھتی نہیں ہوتی۔ اب تک اس کے متنبہ ایک مریض کے متنبہ معلوم ہوا ہے کہ اس کی آنکھ
کے اندر سے یہ نقاط غائب ہو گئے، دوران کی جگہ پر مریض تومور بننے پیدا ہوئے۔ جو کہ البتہ شبکی تومور کی
خاص علامت ہیں۔

طبقة مشیمیہ کا طبقہ صلیبیہ | جب تومور البتہ جسم ہڈی و مرنی کی وجہ سے آنکھ خارج ہو جاتی ہے تو اس کے
بعد طبقة مشیمیہ صلیبیہ سے الگ ہو جاتا ہے۔ ذریعہ اس کے بعد مرنی یہ حالت پیدا
ہو جاتی ہے۔ شدید نزف اندام یہ مریض کی وجہ سے ہی صلیبیہ سے مشیمیہ
جاتا، جو اس مرض کی تشخیص استخوان کے وقت نہیں ہو سکتی۔ مگر فلکس کا خیال ہے کہ ذریعہ مریض قطع جنبیہ کے بعد مرنی
زیادہ پائی جاتی ہے۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ صلیبیہ سے جسم ہڈی کے الگ ہو جانے پر مرنی مرنی اس کے اور جنبیہ
کے درمیان جمع ہو جاتی ہے۔ اور یہ حالت اپریشن کے بعد اجتناب پندہ دونوں میں پیدا ہو جاتی ہے۔ خزانہ مقدمہ مذہب
یا بالکل ہی غائب ہو جاتا ہے۔ بنظر مریض کے ذریعہ معائنہ کر کے سے بعض اوقات کتبہ جو مشیمیہ مذہب مددہ کے
نیچے سیاہ کتبہ کی صورت میں نظر آتا ہے اور تومور مرنی کے ذریعہ مرنی کے رنگ کا کتبہ دکھائی دیتا ہے۔
انذار مرض اس کا اچھا ہوتا ہے۔ مشیمیہ اپنی طبی جگہ پر واپس چلا جاتا ہے اور خزانہ مقدمہ بھی نہ مرنی و دوبارہ قنم
ہو جاتا ہے۔

رگن سے اقل اندر کے بقی پریش کے بعد بھی شبکیہ اپنی جگہ پر سے اکٹرا جاتا ہے۔ ایسے مریض عموماً اپنے نہیں ہو کرتے۔ شاید اس کی وجہ یہ ہو کہ سوراش نہ سب مقام سے بہت پیچھے ہٹا ہوا ہوتا ہے جس کی وجہ سے جسم اپنی ہمیشہ کے لئے مجروح ہو جاتا ہے۔

شبکیہ کا سلعہ خبیثہ سلعات اندرون چشم میں ملاحظہ ہو۔

طبقہ شبکیہ کے ابتدائی امراض طبقہ شبکیہ کے مخصوص امراض

وہ امراض جو پہلے پہل شبکیہ میں لاحق ہوتے ہیں

طبقہ شبکیہ کا ابتدائی التهاب کسی عمومی مرض کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اسی لئے "سکو" غرضی مرض" کہا جائے تو بجا نہ ہوگا۔ ممکن ہے کہ شبکیہ کا خفیف التهاب آنکھ سے زیادہ کام لینے کی وجہ سے پیدا ہو جائے۔ ایسی صورت میں باوجود اس امر کے کہ بعض علامات موجود ہوتی

طبقہ شبکیہ میں پہلے پہل شروع ہونے والا التهاب

ہیں لیکن منظر عین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر شبکیہ میں کوئی خاص فرق نہیں پایا جاتا۔ کبھی شبکی امتقان کے متعلق ضرور بتایا جاتا ہے لیکن اس کی تشخیص اس وقت تک متیقن نہیں ہوتی۔ جب تک کہ منظر عین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر شبکی عروق میں مرضی علامات نہ پائی جائیں۔ عموماً التهاب شبکیہ میں جو علامتیں پائی جاتی ہیں وہ مندرجہ ذیل ہیں لیکن یہ ضروری نہیں ہے کہ کسی مریض کے اندر سب کی سب موجود ہوں۔ ان میں سے بعض کسی مریض میں اور بعض کسی دوسرے مریض میں پائی جایا کرتی ہیں۔

(۱) بصارت کی تیزی میں کسی قدر فرق آ جاتا ہے۔ شاید نامادر شروع کے درجات میں بصارت تیز ہو جاتی ہے۔ مگر عموماً کم ہو جایا کرتی ہے۔

(۲) میدان بصر ہم مرکز دائروں کی صورت میں سکڑ جاتا ہے۔ ماؤف رقبوں کے مقابلہ میں میدان بصر کے خاکہ کے اندر بے بصارت واسے رقبہ جات پائے جاتے ہیں۔

(۳) شبکیہ کے اندر تغیرات رونما ہوتے ہیں۔ جو خوردبین سے دکھائی دیتے ہیں۔ ممکن ہے کہ آنکھ سے بھی یہ نظر آویں۔

(۴) نوری جس کم ہو جاتی ہے۔

(۵) چونکہ بھی ہو سکتی ہے۔

(۶) درد کبھی نہیں ہوتا۔ مگر بعض عین اوقات بے چینی کی شکایت کرتا ہے۔

منظر عین کے ذریعہ معائنہ کر کے پرندہ می یا عمومی علامات پائی جاتی ہیں۔ جو عمومی ہتھ کی صورت اختیار کرتی ہیں۔ اور خفیف منتشر سحابی کیفیت محسوس ہوتی ہے۔ یعنی شبکیہ صاف نظر نہیں آتا۔ اور اس کی تفصیل بالکل نہیں معلوم ہوتی بعض اوقات اس کے اندر صاف اور سفید مکیہ میں معلوم ہوتی ہیں جن کی رفتار عروق کے مطابق ہوتی ہے۔

شبکیہ کے اندر دائرہ کے مانند رقبے پاسے پاسے جاتے ہیں جن میں ترشح التابی موجود ہوتا ہے۔ یہ رقبے علیحدہ علیحدہ یا سہ ہونے اور سفید دھبوں کی صورت میں نمایاں ہوتے ہیں۔

زرد پرتوں کی صورت میں بھی پاسے پاسے جاتے ہیں جن کا حجم مختلف ہوتا ہے۔ ان سفید رقبوں کے اندر خون نہیں ہوتی۔ اور نہ ان کی حدود صاف اور نمایاں ہوتی ہیں۔ ان کو نیم شبکیہ سمجھو۔ یہ رقبوں سے باسانی چھپان سکتے ہیں۔ عروق میں نمایاں تغیرات پاسے جاتے ہیں۔ وید میں پر اور بے قاعدہ خدائے ہوتی ہیں۔ ان میں تبدیلیاں کم ہوتی ہیں۔ مگر ان کی باریک شائیں خدائے ہو جاتی ہیں۔ جابجائزف الدم پایا جاتا ہے۔ عارضہ یہ بندنی کتاب شبکیہ کی کوئی خاص علامت نہیں ہے۔ اگر زف الدم سطحی پرتوں میں واقع ہو تو اس کی شکل شعلہ سے مشابہ ہوتی ہے اور اس کے کنارے جانوروں کے پروں کی شکل سے ملتے ہیں۔ یہ زف مقامات عروق کے درمیان ہوتے ہیں۔ مگر گہرے پرتوں میں زف الدم ہو تو اس کی شکل گول اور حدود صاف ہوتی ہیں اور ان کا مقام عروق کے ساتھ ساتھ ہوتا ہے۔

عصب باصرہ اور شبکیہ۔ تشریحی اور عضوی حیثیت سے دونوں ایک ہوتے ہیں۔ اسی لئے شبکیہ کے ساتھ عصب باصرہ بھی ماؤف ہوتا ہے۔ چنانچہ جب یہ نمایاں طور پر ماؤف ہو تو اسکو ہم عصب متاب شبکیہ کہتے ہیں۔ ایسی صورت میں قرص بصری کے کنارے مدہم ہو جاتے ہیں۔ یہی سمجھئے کہ وہ صاف نظر نہیں آتے۔ اور اکثر اگے اندر شعاعی لکیریں دکھائی دیتی ہیں۔ قرص بصری سرخ ہوتی ہے۔ در اس قدر متورم ہوتی ہے کہ اس کی پیمائش

میں ہونے لگتا ہے کہ یہ سقد زہور نہیں ہونی چاہیے۔ ابتدائی طور پر متورم ہوا کرتی ہے۔

سندھیا تا شب تک کے بعد بخوبی شکل رخت ہوتا قمری خاکس کے اندر یہ غموری رقبہ جات مستقل طور پر زردی۔ اس سفید سبالی حالت میں نظر آتے ہیں۔ جن کے اندر عروق کم ہوتے ہیں اور عروق کے کنارے پر سفید نکیریں پائی جاتی ہیں۔ قمری بھری میں غموری کیفیت بہت بڑھتی ہوئی ہوتی ہے۔

اس کے قبل ہم پیدائش کے عموماً شبکی التھاب کسی عمومی مرض کی علامت ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے یہ دونوں آنکھوں میں پایا جاتا ہے۔ جن مراض میں عام طور پر یہ حالت پیدا ہوتی ہے وہ حسب ذیل ہیں۔
تشک۔ عروق دہری کے امراض۔ بول زلالی۔ ذیابیطس۔ دم امیض لفاوی۔ یا مٹی۔

خلج۔ آنکھ کو مکمل سکون کی حالت میں رکھیں۔ اور اہل سبب جس کی وجہ سے شبکی التھاب پیدا ہوا ہے اس کا علاج کریں۔ لکھنے پڑھنے اور باریک کام کان کو قطعاً بند کر دیں۔ سیاہ چشمے لگائیں اگر ضرورت ہو تو مینس کو اندر سے کہتے ہیں رکھیں۔ التھاب خواہ تشکی ہو یا دوسرے وجہ سے ہر صورت میں پارہ اور آؤڈائیڈ کا استعمال مفید ہوتا ہے اس سے التھابی انصباب بخوبی ہوتا ہے اور اگر زجاجیہ کے اندر کہ درت پیدا ہوگی ہو تو دہری۔ صاف ہو جاتی ہے۔ بول زلالی و سہ امراض میں پارے کے مرکبات ہرگز نہ استعمال کریں۔ مذکورہ دواؤں سے مدد و تسکین دہیہ استعمال کریں عروق و رقیق دوا میں بھی دی جائیں۔

شبکی التھاب میں شبکی عروق خصوصیت کے ساتھ وقت ہوتے ہیں۔ التھابی حالت میں ان کا موقت ہونا لازم ہے کہ مہرہ زہور پر ان میں تغیرات عمومی امراض کی وجہ سے بھی پیدا ہوتے ہیں۔ لہذا قبل اس کے کہ ہم شبکی التھاب کی دہریہ قمریوں کو تفصیل بیان کریں۔ مناسب معلوم ہوتا ہے کہ شبکی عروق کے عام امراض کا ذکر کر دیں۔

طبقة شبکیہ کے عروقی تغیرات | یہ تغیرات فقر الدم عمومی کا نتیجہ ہو سکتے ہیں۔ اور مقامی اسباب کے ماتحت بھی ان کا زہور ممکن ہے۔ یکایک اور آہستہ آہستہ دونوں طریقوں

پہلے تغیرات ظاہر ہوتے ہیں شبکی مرکزی شہابی کے اندر، شداد کی وجہ سے فوری فقر الدم لاحق ہوتا ہے۔ اور کمزوری وجہ سے اندھا پن کی صورت میں منظر بین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر معلوم ہوتا ہے کہ شبکی عروق میں نمایاں تغیرات زہور ہیں۔ خاص بھری کا رنگ ہکا زرد پڑ جاتا ہے بعض اقسام کے دوسرے عضلی انقباض کی وجہ سے

نرائیں سکڑ جاتی ہیں۔ مگر یہ انقباض تھوڑی ہی دیر کے سے ہوتا ہے بعض بہرین، انکو غلط سمجھتے ہیں ایک بین میں شریانیں انقباض کی وجہ سے شبکی شریان کے اندر اندر کی مائیں پانی لگیں مگر یہ انقباض معاند کے دور میں ہی ظاہر ہو گیا۔ اسی کے ساتھ مائیں کی حالت بھی بدتر ہو گئی۔ اس قسم کے غمور شبکی میں جو استباب نیکیہ کے بعد، حق ہو فقر الدم پایا جاتا ہے۔ عروق کی دیواروں کے اندر میں بھی ایسا ہوتا ہے۔ مخصوص جبکہ شبکی عروق جیسا کہ دیگر عروق کی طرح بند۔ مرنے ہوں۔ مذکورہ دونوں صورتوں میں عروق کمزور ہو جاتے ہیں بعض اوقات شبکی استباب اور عروقی استباب میں عروق کی دیواریں مونی ہو جاتی ہیں۔ اور سفید خطوط کی صورت میں نظر آتی ہیں۔ جن کے درمیان خون کی سرخ رنگ کی رو جاری ہوتی ہے۔ آخر میں ممکن ہے کہ عروق بتدریج سفید رنگہ دل میں تبدیل ہو جائیں یہ بالکل ہی غائب ہو جاتے ہیں۔

شبکیہ کی شریان مرکزی کا استدوا اس سند کی ذہن سے نگل اور فوری فقر الدم لاحق ہوتا ہے عام طور پر بد میں آنکھ، ماؤٹ ہوتی ہے۔ اور یکا یک ایک آنکھ سے انساں اندھا ہو جاتا ہے۔ منتظر میں کے ذریعہ معاند کر کے سے تھری کی تصویر فاعل آسم کی ہوتی ہو جس کو ذیل میں بیان کیا جاتا ہے۔

بڑی شریانیں خطوط کے مانند ہو جاتی ہیں اور چھوٹے عروق غائب ہوتے ہیں اور وہ میں تغیرات کہ جتنے ہیں لیکن قرص بصری کے مقام پر جہاں کہ دریدین اکھی ہوتی ہیں یہ تہی پڑ جاتی ہیں۔ چند ٹھنڈوں میں شبکیہ کی شفافیت غائب ہو جاتی ہے۔ اور وہ غیر شفاف اور اس کا رنگ دودھیا ہو جاتا ہے۔ یہ تغیر خاص طور پر قرص بصری اور بقعہ صفراوی میں نمایاں ہوتا ہے شبکیہ کے غیر شفاف ہونے کی وجہ سے قرص بصری کے عود و اجن کا رنگ ہلکا پڑ جاتا ہے، صاف طور پر دکھائی نہیں دیتے۔ حفرہ مرکزی پر جہاں کہ شبکیہ بہت زیادہ لطیف ہوتا ہے شبکیہ کا سرخ انعکاس نمایاں طور پر دکھائی دیتا ہے۔ حفرہ مرکزی کا رنگ گہرا سرخ نظر آتا ہے اور یہ نمایاں اسوجہ سے ہوتا ہے۔ کہ اس کے چار طرف شبکیہ کا رنگ سفید سما جاتا ہے۔ حفرہ مرکزی کا رنگ اس قدر نمایاں اسی فرق کی وجہ سے ہوتا ہے جو اس کے گرد کی دوسری ساخت کے رنگوں میں پایا جاتا ہے۔ یہاں پر عموماً کسی قسم کا نزف الدم نہیں پایا جاتا۔ جیسا کہ پہلے ماہرین کا خیال تھا۔ اس مقام پر یا اس کے گرد و پیش کے مقامات

پر نزل الدم شاذ و نادر ہی دیکھا گیا ہے۔

غیرہ مرکزی اور اس کے گرد پیش کی ساختوں کے رنگ میں فرق ہونے کی وجہ سے بقیہ صفراوی کے نزدیک عروق نظر آتے ہیں۔ جو معمولاً نہیں دکھائی دیا کرتے۔ کبھی دوران خون میں کُل رکاوٹ نہیں ہوتی۔ اور دوران خون از سر نو جاری ہو جاتا ہے۔ یہ کیفیت چند روز کے بعد نمایاں ہوتی ہے۔ مثلاً مین پر آہستہ سے دباؤ ڈالنے کی وجہ سے تپ پیدا ہوتی ہے۔ اور بعض عروق خصوصاً اور وہ میں خون کی دھار چھوٹے چھوٹے قطروں میں منقسم ہو جاتی ہے۔ ان قطروں کے درمیان خالی جگہ پائی جاتی ہے۔ اور یہ قطرے وریڈوں کے اندر تھہر تھہر کر حرکت کرتے ہیں کبھی ان کی حرکت دوران خون کے مخالفت بھی ہوتی ہے۔ اگر وریڈیں دباؤ ڈالنے پر باسانی حساسی کی جاسکیں یا ہلکے دباؤ سے شریانی شریان پیدا ہو جائے تو یہ اس امر کی دلیل ہے کہ دوران خون مکمل طور پر بند نہیں ہوا۔ بلکہ اس کا انداد جزئی ہے۔ شکی نتیجہ یا انجمادی نکرورگنی ہفتوں کے بعد صاف ہوتا ہے۔ شکی بھی شفا ہو جاتا ہے۔ مگر اس کے اندر مکمل منور لاحق ہوتا ہے اور عروق سکر جاتے ہیں یا سفید خیوط میں تبدیل ہو جاتے ہیں قرص بصری منور ہوتی ہے۔

اگر نزل الدم کے دہسے موجود ہوں تو اس جگہ فسادِ تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور کوسٹرن کی قلیں یا رنگ دار دہسے۔ قرص بصری اور بقیہ صفراوی کے اندر مل سکتے ہیں۔ بعض اوقات کسی قدر مرکزی بصارت قائم رہتی ہے۔ حالانکہ بظاہر مرکزی شریاں کا کُل انداد ہو چکا ہوتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ ہڈی شکی شریاں موجود ہوتی ہیں۔ اور ان کی موجودگی سے بقیہ صفراوی داسے مقام کا تغذیہ جاری رہتا ہے اور اس انداد سے یہ محفوظ رہتی ہیں۔ یہ بھی ممکن ہے کہ مرکزی شریاں کے اندر سدہ ایسی جگہ پر پہنچا ہو جو کہ شریاں بقیہ صفراوی کے سامنے واقع ہو۔ اس صورت میں دوران خون میں رکاوٹ اس شریاں کے نکلنے کے بعد والی جگہ میں پیدا ہوتی ہے اور اس کے سامنے کا میدان بصر خراب ہو جاتا ہے۔ شاذ و نادر بعضوں میں صرف شکی بعضی شریاں کے اندر انداد ہوتا ہے۔ پہلے درجہ کے بعد (جس میں کہ شریاں یکایک کُل یا جزئی طور پر خون سے خالی ہو جاتی ہیں) عروق میں خون بھر جاتا ہے۔ اس حالت میں دوران خون کی رفتار کم ہوتی ہے۔ مگر اس کے باوجود عروق طبعی حالت میں نظر آسکتے ہیں۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ معمولی درجہ کا بائیں دوران خون اس میں مدد دیتا ہے۔ جو کہ شکی

اور ہنی عروق کے درمیان شریان فی القسامت کے ذریعہ قلم ہو جاتا ہے۔ بعد کے مابین میں عروق دیوانی میں مونی ہو جاتی ہیں اور دوران خون کی سسٹم روئے گرد سفید خیوط احاطہ کئے ہوئے نظر آتے ہیں، باقی خرف عروق سکڑ کر دور ہو جاتے ہیں اور نہ صرف سفید خیوط کی صورت میں نظر آتے ہیں اور مگر کئی شریان بالکل مسدود ہو جاتی ہیں جس سے۔۔۔ قرض بصری مغفور ہوتی ہے۔ اور اس کا رنگ بالکل ہلکا ہو جاتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ عنبی سیٹ میں فساد کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ اور قرض بصری میں سے شعری عروق غائب ہو جاتے ہیں۔۔۔ صرف خیوط ناشریائیں قرض بصری سے، اوپر اور نزدیک خون سے پردہ کھانی دیتی ہیں۔ بڑی وریڈوں میں بھی خوت دکھانی دیتا ہے۔ البتہ قمرینی کا رنگ ورائٹ کاس طبعی ہوتا ہے۔ ورائٹ معلوم ہوتا ہے کہ فیہ مونی باقی دوران خون کی وجہ سے بشارت کافی داپس آگئی ہے۔ مگر یہ حالت بہت ہی شاذ و نادر پائی جاتی ہے۔۔۔ بشارت کا اعادہ میدان بصر کے مدغی جانب ہی محدود رہتا ہے۔ بعض مریضوں میں قرض بصری سے گرد عروق القسامات نمایاں طور پر دیکھے جاتے ہیں۔ ان کے متعلق ہم یہ خیال کر سکتے ہیں کہ توڑ مین کے بڑھنے کی وجہ سے (جبکہ ہم مقدمہ میں کو دبا ہیں) خون آنکھ میں اندر آئے سے رہ جاتا ہے۔ مگر طبعی حالت میں ہم دیکھتے ہیں کہ طبقہ مصفویہ میں جہاں کی وریڈوں پر دباؤ سب سے کم ہوتا ہے۔ وہاں پر طبعی طور پر دو۔ ان خون میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے۔

طبعی حالت میں شبکی شریانوں کے اندر ضربان نہیں معلوم ہوتا۔ شبکی وریڈوں میں عنبی حالت میں بھی جہاں کہیں ایک طرف یا دوسری طرف موڑ ہو وہاں پر ان میں ضربان پایا جاتا ہے، یہ ضربان قرض بصری کے کنارے پر بھی ان میں معلوم ہوتا ہے۔ اس کی وجہ حقیقتاً وہ منقطع ہے۔ جو وریڈوں تک پہنچتا ہے۔ قرض بصری کے نزدیک وریڈوں میں منقطع دموی کم ہو جاتا ہے۔ اور ان میں کسی قدر دوران خون میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے کیونکہ طبقہ مصفویہ کے مقام پر یہ عروق تنگ سوراخوں میں سے گزرتے ہیں۔ ہر تریڈی ضربان کے ساتھ یکایک توڑ مین بڑھ جاتا ہے۔ یعنی وریڈوں کی بیرونی دیوار پر خون کا منقطع بڑھ جایا کرتا ہے جبکی وجہ سے وریڈوں دوران خون میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے۔ اور وہ ذرا سکڑ جاتی ہیں لیکن انبساط قلب کے وقت منقطع کم ہونے سے کسی قدر پھیل جاتی ہیں۔ اسی وجہ سے طبعی حالت میں بھی وریڈوں کے اندر ضربان پایا جاتا ہے۔ اور ایسا

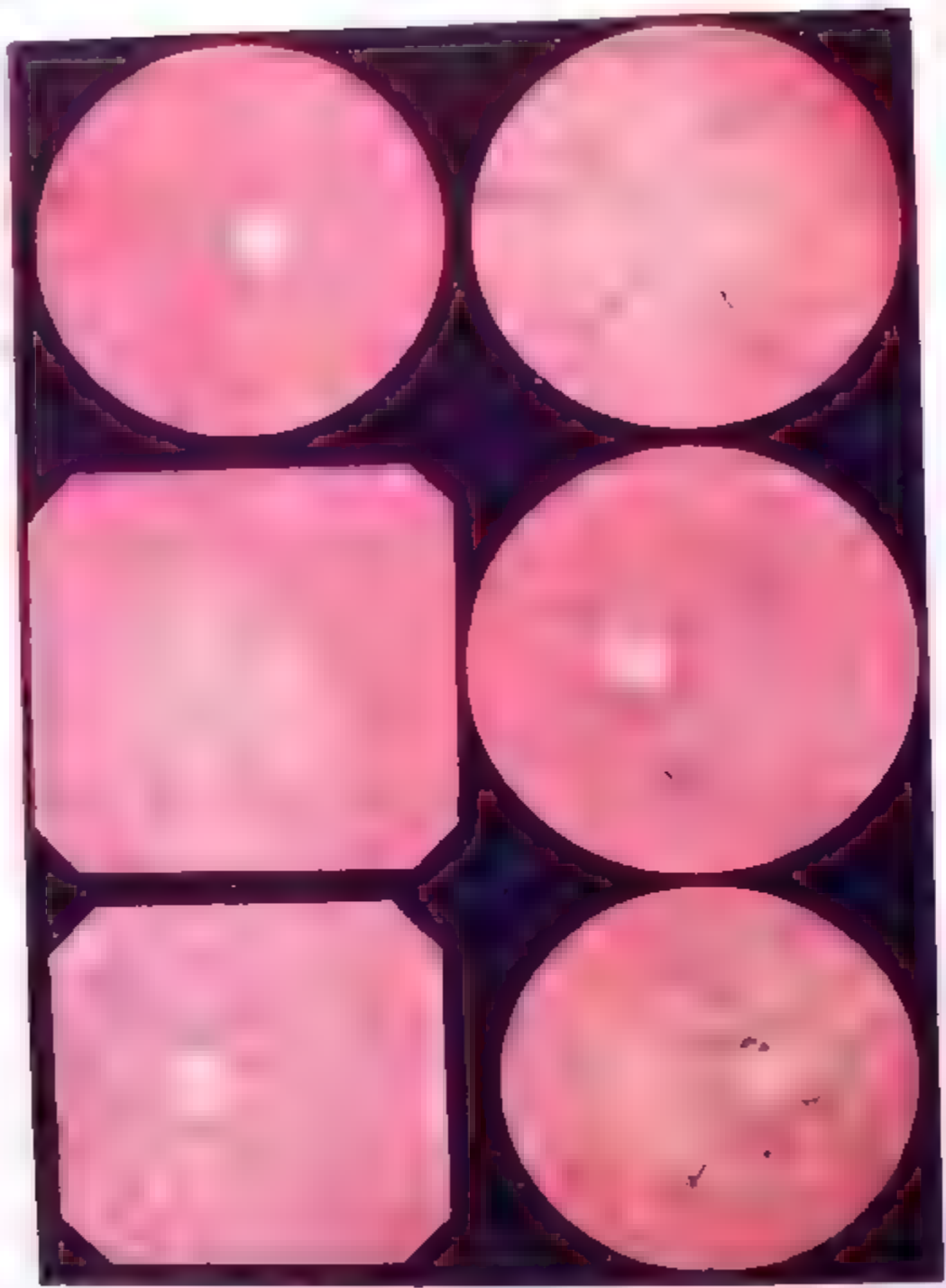
صرف اس مقام پر ہوتا ہے جہاں پر تو تریسین کم سے کم ہو یہ مقام آنکھ کے اندر قلب کے نزدیک تریسین قرص بصری سے
اوپر ہوتا ہے۔ اور یہاں پر دوران خون کے راستے میں رکاوٹ بھی ہوتی ہے۔ چنانچہ بلقہ مصفویہ کے ہر تیز موتہ
پر یہی کیفیت پائی جاتی ہے۔

بعض ایسے مریض بھی ملتے ہیں جن کی مرکزی شریان کی کسی شاخ میں انسداد واقع ہوتا ہے۔ اس
حالت میں شبکیہ کا صرف وہ حصہ مایوت ہوتا ہے جس میں یہ شاخ خاص طور پر خون پہنچاتی ہے۔ ابتدائی مدارج
میں عتہ جو شبکیہ کے اس حصہ کے خراب ہو جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے وہ صاف اور باقاعدہ نہیں ہوتا
مگر بالآخر اس جگہ پر عتہ کا ایک قطع شدہ نمائندہ صورت میں قائم ہو جاتا ہے۔

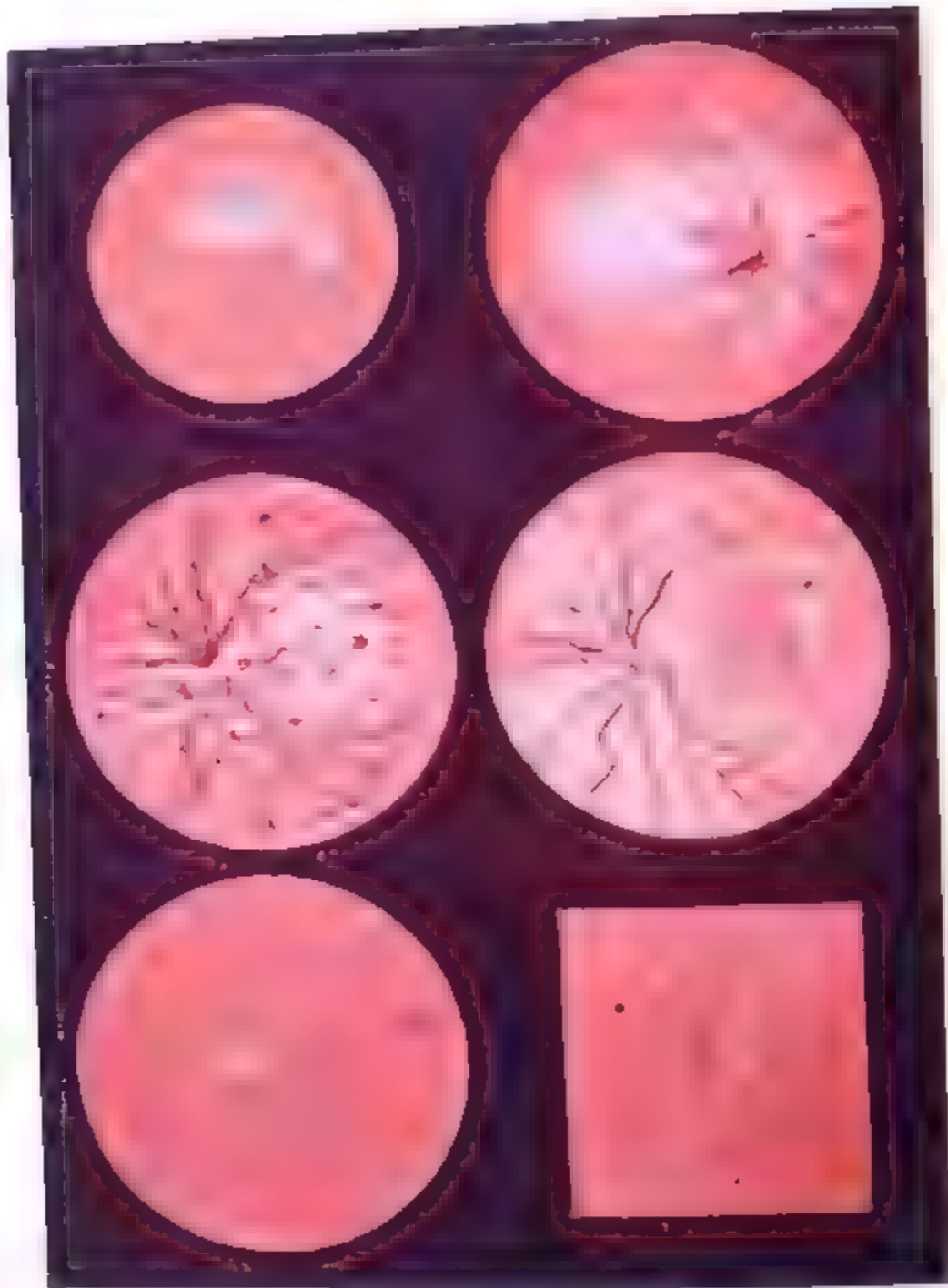
جب آنکھ کی نوری حس یا بصارت زائل ہو جائے تو مدد عین پھیل جاتا ہے اور نوری انعکاس غائب
ہو جاتا ہے۔ تو تریسین طبعی حالت میں ہوتا ہے۔ مذکورہ علامات بصارت کے خراب ہونے سے پہلے پیدا ہوتی ہیں۔
چنانچہ ان میں سے بعض شریانی مرض کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں۔ کیونکہ امراض شریانیہ کی وجہ سے ان کے اندر خون
کم آتا ہے۔ اور اسی وجہ سے مابضی طور پر تو تریسین کم ہو جاتا ہے۔ شریانی امراض کے علاوہ اس کا دوسرا سبب
شرائیں کا عضلی انقباض بھی ہو سکتا ہے۔

مرکزی شریان کا انسداد دماغی شریان کے انسداد کی طرح قلب کی صمام مطرالی (Mitral Valve) کے
کے صلیق کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے خصوصاً جبکہ تازہ التهاب بطنۃ القلب واقع ہو۔ مگر الذکر سبب عام طور پر نہیں
پایا جاتا لیکن ہے کہ یہ انسداد عروق کے اندر انجماد خون کی وجہ سے واقع ہو۔ اس صورت میں التهاب بطنۃ
شریانیہ عمومی تصدب شریانی کی وجہ سے موجود ہوتا ہے جس کی وجہ التهاب الکلیہ ہے۔ شراییں کا سورخ جو تنگ
ہو جاتا ہے یا ایک مغلوث ہو جاتا ہے۔ انجماد خون کی صورت میں یہ حالت ذرا آہستہ آہستہ ظاہر ہوتی ہے۔ اور
اس سے قبل کی علامات مندرجہ بھی پائی جاتی ہیں مثلاً بینائی کی کمی وغیرہ۔

کبھی یہ مرض بالکل اچھا ہو جاتا ہے اسی لئے بعض ماہرین کا خیال ہے کہ شریانی انقباض کی وجہ سے یہ
حالت پیدا ہوتی ہے اور اس انقباض کے رفع ہوتے ہی درست ہو جاتی ہے۔ یہ مرض ۱۵ سال کی عمر تک دیکھا گیا
ہے بعض مریض ایسے بھی شاذ و نادر دیکھنے میں آئے ہیں جن کی دونوں آنکھوں میں ایک ہی وقت میں شریان



تصلب شریانی میں آنکھ کی اندرونی شدتوں نے اس کی تبدیلیوں اور تبدیلیوں -
(ب) (ب) کے بعد دیکھے مسائل کی پیدا ہونے والی تبدیلیوں جو کہ اصل میں یہ ہیں
دیکھے جانی ہیں - (ب) مذکورہ زرد رنگ کی شریان جو کہ چربی کے ذریعے اس کی شکل
اختیار کرتی ہیں - (ج) دلدانہ دار اور - (ب) (ب) میں اس کی کھلی کھلی
پہولے ہوئے اوہار یا انتخابات رکھتی ہیں - (د) بل دار پوچھ کے مائلہ عروق شریانی -
(ج) پچھلے نسا دوائیوں اور وریدوں - (د) عروق کے گرد التهاب - (ج) عروق کا تضام -



شکل کی صورت میں ہے اندر (ب) دیکھیں •
 (ب) موادی شہیان کے اندر جانی جدا کیا ہو ہے جو کہ یہاں شام کو مر
 رہا ہے (ب) حصہ کے اندر مکمل جدا ہونے کی وجہ سے مرادی شہیان پیدا ہو گئی
 ہے - (ج) موکری شہیان کے اندر انتہائی عمدہ بنت الیک (الو) کی وجہ سے انتہائی کم -
 (د) ۹ ماہ کے بعد اسی صورت میں کی بدانت حسن میں بقاء ہے جو کہ یہاں ۱۹ ماہ
 لگا ہے - (۵) شکل میں سے - اندر - (۶) میں ہے ۱۹ لکھی ۱۹۰۰ •

شریٹ کے اندر رکادت خواہ وہ انداد کی وجہ سے یا انجاء خون کی وجہ سے ہو بہ دو صورتوں میں ہمیشہ طبقہ معنفویہ پر واقع ہوتی ہے کیونکہ اس مقام پر شریان قدرتی طور پر ذرا تنگ واقع ہوتی ہیں شبکیہ کے عصبی و رعتدی الیاف کے پرتوں میں منور واقع ہوتا ہے مگر اس کے بعد ونی پرت میں منور سے محفوظ رہتے ہیں۔ کیونکہ ان کا تغذیہ شیمیہ کے عروق شریہ سے ہوتا رہتا ہے۔

علاج۔ اس مرض میں علاج سے شذوذ دور کچھ نہ ہو پونچھتا بہت جلد کے سلسلہ میں یہ کوشش کرنا چاہئے کہ سدہ مرکزی شریان کی کسی چھوٹی شاخ میں چوبیس سے یہ کوشش مدت ابتدائی حالت میں ممکن اور کارآمد ہے اس مقصد کے لئے (Amyl nitrite) شگھانی جاسے۔ مقلہ میں کی ناسٹ کی جاسے قرنیہ کے اندر سورخ کر دیا جائے اور یہ طریقہ علاج جلد زبرد کام میں لایا جائے۔

اندسے فائز عقل بچوں میں جبکہ یہ مرض خاندان کے متعدد افراد میں پایا جاتا ہو تو ان مریضوں کی آنکھوں کا معائنہ منظر عین کے ذریعہ کرنے پر وہ ملائیں پانی باقی ہیں جو مرکزی شریان کے سداسے پیدا ہوتی ہیں۔ مگر ان کا سبب مختلف ہوتا ہے۔ یہ مرض عموماً یوں بچوں میں پایا جاتا ہے اور زندگی کے پہلے سال میں شروع ہوتا ہے۔ ایک ہی خاندان کے متعدد افراد اس مرض میں مبتلا ہوتے ہیں۔ تندرست بچہ آہستہ آہستہ اندسے ہوتا ہے اس کے بعد صغریٰ میں کمزوری شروع ہوتی ہے۔ بالآخر اس کی حس فوری بالکل زائل ہو جاتی ہے۔ اس کے ساتھ بچے کی عقل ناقص ہوتے ہوئے وہ بالکل فائز عقل ہو جاتا ہے۔ ایک سے یکرو سال کے اندر موت لاحق ہوتی ہے۔ منظر عین سے معائنہ کرنے پر بقعہ صغریٰ کی جگہ روشن سفید رقبہ نظر آتا ہے جو اپنے مجلی حصہ میں طبعی قرعینی میں مل جاتا ہے۔ اس سفید رقبہ کے درمیان بھورے رنگ کا چھوٹا مقام پایا جاتا ہے جو حقیقتاً حصرہ مرکزی ہوتا ہے۔ آخری مراحج میں قرص بھری کا منور لاحق ہوتا ہے یہ حالت دونوں آنکھوں میں پائی جاتی ہے اور یہ مرض اساسی نظام عصبی کے منور کا نتیجہ ہوتا ہے جس کی وجہ غالباً سمیت کا انجذاب ہے۔ اس فوری تغیر میں شبکیہ کے عصبی عقدی پرت شامل ہوتے ہیں۔

شکیہ کے عروق کے

اندرونی تغیرات

اس مقامی مرضی حالت کا تشخیص کرنا ہی نہایت اہم ہے۔ یہ حالت عمومی مرض کی ایک مقامی منظر ہے۔ اسی لئے عمومی مرض کے اندر کے تغیرات اس سے صحیح نتیجہ اخذ کیا جاسکتا ہے۔ ممکن ہے کہ شکی عروق میں سب سے پہلی برمت تصاب کی پانی باسے اور یہ بات خصوصیت کے ساتھ دماغی مخی تہرائیں میں ہو۔ اس مرض کی تشخیص

سے بعد ہم اس نتیجہ پر پہنچ سکتے ہیں کہ ان مریضوں میں دماغی نزف الدم کا خطرہ ہو رہا ہے۔ اس امر سے واقفیت حاصل کرنے کے بعد ہم اس قابل ہوتے ہیں کہ اس کے ازار کی کوشش کر سکیں اور مریض کی زندگی کو بچا سکیں۔ شکی عروق عمومی کا مرض ہمیشہ دماغی مخی امر میں کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ اس امر کا امکان ہے کہ نئی عروق عمومی میں کوئی مرض موجود ہو سکیں شکی عروق عمومی میں منظر امین کے معائنہ سے کوئی مرضی علامت نہ پائی جاسکے۔ عروق کا بہت زیادہ چھپا رہونا فی نفسہ کوئی خاص معنی نہیں رکھتا، وقتیکہ دوسرے اور غیر طبعی حالات اس کے ساتھ نہ پائے جاتے ہوں۔ مثلاً اس کے ساتھ عروق عمومی کے حجم اور چوڑائی وغیرہ میں بے قاعدگی ہو جی بعض حصص عروق عمومی کے بہت تنگ ہوں اور بعض دوسرے حصص طبعی حالت میں ہوں یا کسی قدر پھیلتے ہوئے ہوں یہ مذکورہ تغیرات اس وجہ سے پیدا ہوتے ہیں کہ بشرہ باطنہ میں تنخیم پیدا ہو جاتا ہے بعض حالتوں میں ان عروق عمومی میں بے شمار خون رسا بھی پائے جاسکتے ہیں۔

بعض اوقات عروق عمومی کا نوری انکاس بہت روشن اور زیادہ چوڑا نظر آتا ہے۔ خصوصاً ان عروق کا جو قریب بصری سے ذرا دور واقع ہوتے ہیں طبعی حالت میں جبکہ شریان کسی درید سے تقاطع کرتی ہو تو شریان کے پیچھے درید کا دکھائی دینا بھی ممکن ہے بصلب شریانی کی صورت میں شریانیں کی شفافیت غائب ہو جاتی ہے اور اس کے پیچھے کی درید دکھائی نہیں دیتی۔

علاوہ ازیں شریان کا دباؤ درید پر زیادہ ہوتا ہے جس کی وجہ سے دوران خون میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے اور جس مقام پر درید و شریان ایک دوسرے کے اوپر سے گزرتی ہیں وہاں پر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ درید جسم ہوتی ہے غیر قریب بصری کے زیادہ نزدیک چولی ہوئی بھی معلوم ہوتی ہے بعض اوقات تقاطع پیدا کرتے ہوئے اوپر سے گزرتے ہیں۔ شریان درید کو ایک طرف کر دیتی ہے۔ شدید حالتوں میں خواہ اوپر سے یا نیچے سے تقاطع کے

عرواقی تغیرات عروق میں مردوں سے زیادہ پائے جاتے ہیں۔ جو انکے عورتوں میں ضعیفہ دموی کی زیادتی کو مردوں کے متبر سے زیادہ برداشت کر سکتی ہیں۔ جو ان افراد میں بھی یہ تغیرات غلطی آتشک کی وجہ سے بہت زیادہ بڑے ہو سکتے ہیں۔ شاذ و نادر یہ حالت ایسے مریضوں میں مورد فی طور پر بھی پائی جاتی ہے جن میں مرض آتشک بالکل نہیں ہوتا۔

جب شبکی عروق کا یہ مرض عام ہو اور اس کے ساتھ عروق سکرے ہوئے ہوں تو شبکیہ کو تغذیہ بہت خراب ہو جاتا ہے۔ اور بہت زخمی و عصبانہ پیدا ہو سکتا ہے۔ ایسی حالت میں منظر دین کے ذریعہ معائنہ کرنے سے عروق اور قرص بصری کی حالت۔ تباہ شبکیہ متلون کے آخری مراح کی حالت سے مشابہ ہوتی ہے۔ اس صورت میں شبکیہ کے ذرچھوٹے چھوٹے سفید و جھٹے یا پنکھا کے مانند یا سارہ نہ شکلیں بقعہ صغریٰ پر پائی جاتی ہیں۔ (فاشر مور کا۔ تباہ شبکیہ بہ سبب تھکب شریانی) عموماً یہ مرض ایک آنکھ میں ہوتا ہے۔ اور یہی ایک علامت ہے جس کے ذریعہ یہ استہاب کلیہ کے شبکی استہاب سے علیحدہ سمجھا جاسکتا ہے کیونکہ موخر الذکر حالت میں ان آنکھوں میں الٹا بی حالت پائی جاتی ہے۔

شبکیہ کے اندر عروق کے مانند لکیریں سی ہی۔ مل بوری یا مون لکیریں جو ایک دوسرے سے ملتی ہیں اور عروق کے مشابہ ہوتی ہیں شبکیہ کے اندر پائی جاتی ہیں۔ در یہ منظر دین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر شبکیہ کے اندر نظر آتی ہیں۔ یہ حالت شبکیہ کے ان طبقات میں پائی جاتی ہے جن میں فساد تغیرات رونما ہوتے ہیں۔ یہ لکیریں ترتیب کے لحاظ سے صعبی عروق کی رفتار کے مطابق نہیں ہوتیں۔ عموماً قرص بصری کے نزدیک پائی جاتی ہیں شبکی عروق سے گزری ہوتی ہیں۔ اور نہایت بے قاعدہ ہوا کرتی ہیں ماہرین کا خیال ہے کہ یعنی مذہبی ساخت کے اندر سے عروق کے ٹکڑے یہ لکیریں پیدا ہوتی ہیں۔

طبقة شبکیہ کے اندر یہ احتقان شریانی اور وریدی بھی ہو سکتا ہے۔ شریانی احتقان میں عروق بھرے ہوئے اور زیر سے میٹر سے ہوتے ہیں۔ ان کے ساتھ صرف شبکی استہاب نہیں بلکہ قرب جوار کی ساختوں کا استہاب بھی پایا جاتا ہے۔ طریق شیمی میں خاص طریقہ پر استہاب ہوتا ہے۔

دریدی اعتقان جس میں عروق منبسط و رہت زیادہ پیدا ہو رہے ہیں اس میں ۱۰۰ سال سے زیادہ عمر پیدا کی
 قلب کی طرف دوران خون کی رکاوٹ کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے یہ عمومی اعتقان ویریدی یا عمومی طور پر قلب
 کی بددستی یا مقامی اسباب کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے اس کا ایک حصہ ہو سکتا ہے۔ مگر اکثر اس میں ویریدی
 طبقہ مصفویہ پر کی رکاوٹ ہوتی ہے جس کی وجہ سے سبب بامعنی کے سبب ویزیک حار میں ایک درجہ حرارت ناپید
 طریقہ پر شریان مرکزی کے اندر میں پانی ہوتی ہے۔ تو تریس کی زیادتی کی صورت میں گریس۔ سوئی کی وجہ
 سے یہ صورت پیدا ہوتا ہے کہ وجہ یہ ہوتی ہے۔ خون کے بہرہ نکٹ کا۔ اس سے بند ہو جاتا ہے۔

نزف الدم | شبکی عروق سے شبکیہ کے سامنے یا خود اس کے اندر نزف الدم ہو سکتا ہے۔ شبکیہ کے سامنے
 یا غش رزج جی کے نیچے طبقہ شبکیہ اور زجاجیہ کے غلافی غش کے درمیان نزف الدم لاحق
 ہوتا ہے۔ اور ہمیشہ بقیہ صفراوی کے قرب و جوار میں شبکیہ کے بڑے دستوں میں پایا جاتا ہے۔ غش میں حصص
 گول ہوتے ہیں مگر جلد ہی نیم دائرہ کی صورت اختیار کر لیتے ہیں۔ ان کا اوپر کا سر اسید میں ہوتا ہے۔ یہ حالت
 ثقلی وجہ کے ماتحت لاحق ہوتی ہے۔ ایک ہی آنکھ میں ایسے نزف الدم کے دو دو جیسے عام طور پر مل سکتے ہیں خون
 حصص میں شبکی عروق نزف الدم سے پوشیدہ ہو جاتے ہیں ان کے اوپر کے پرت بٹے رنگ کے ہو جاتے ہیں۔
 جس کا سبب یہ بیان کیا جاتا ہے کہ کربایت حمراؤ نیچے نشین ہو جاتے ہیں۔ نزف الدم کا خون آہستہ آہستہ جذب ہو جاتا
 ہے مگر بعض اوقات ان مقامات پر کوکسٹریس کی چمک دار قیاس باقی رہ جاتی ہیں۔ ان جذبات دم کے بعد مینائی بہتر ہو جاتی
 ہے۔ اسی مقام پر نایکی دوسری جگہ آنکھ میں دوبارہ نزف الدم ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ دوسرے قسم کے حاد تغیرات
 کی وجہ سے اندام مرض بہتر ہو شبکیہ کے اندر جب نزف الدم ہوتا ہے تو وہ لکیروں کی صورت میں۔ مگر جب شبکیہ کے
 بعض پرت کے اندر ہو تو شعلے کی شکل اختیار کرتا ہے۔ جب شبکی گہری ساختوں میں ہو تو اس کی شکل گول سے لے کر
 ہوتی ہے۔ یہ نزف الدم شبکیہ اور شبکیہ کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ نہایت آہستہ آہستہ جذب ہوتا ہے۔ ذات غش
 بتدریج آہستہ آہستہ سفید ہوتے جاتے ہیں۔ توین ان کے اندر شذوذ و درہی پائی جاتی ہے۔

شبکیہ کے اندر نزف الدم کے متعدد اسباب ہیں۔ پناچہ عمومی امراض میں عروق کی دیواروں کے کمزور
 ہو جانے کی وجہ سے لاحق ہوتا ہے اور یہ عمومی امراض اور عروق کے فساد کی تغیرات عمر کی زیادتی یا خون کے اجزاء

تے نزدیک ہونے سے لاحق ہوتے ہیں۔ جیسا کہ فقر الدم مزمنہ - دم ابھن - اسکو دھڑ - فرنیوراجسم کے اندر
مرکزی موجودگی - بول زبانی - ذیابیس - فاسفورس کی سمیت کی صورت میں ہوا کرتے ہیں۔

بہرہ سبب جس کی وجہ سے ہیکل احمقان پیدا ہو گا تو فی الفور پرنزف الدم کا باعث بنتا ہے جنہیں کی پیدا
کے وقت منقطع دموی کی زیدتی سے بھی نرف الدم لاحق ہو سکتا ہے اور اس وجہ سے غلطی ہیکل احمقانس رونما ہو جاتا
ہے۔ اس صورت میں بعد صفرادی سے نزدیک اور شبکیہ پر دوسری جگہ سفید یا توینی صغری دہیے دکھائی دیتے ہیں
بوزہوں کا سینہ یا گردن گردہ سے بچنے دی جائے تو بھی نرفی مقامات شبکیہ کے اندر نظر آتے ہیں۔ کالی کھانسی -
شبکی یا طحی نرف الدم لاحق ہوتا ہے۔ صرابت و حوادث - شدید زخم یا بے زخم کی چوٹ - گولی کے زخم - خواہ وہ
آنکھ میں ہوں یا مجھ میں۔ اور آنکھ کو بلا واسطہ چوٹ بھی نہ لگی ہو ان سب صورتوں میں نرف الدم بہت زیادہ مقدار
میں ہو سکتا ہے۔ اور یہ اس قدر شدید ہوتا ہے کہ زجاجیہ کے اندر بھی پہنچ جاتا ہے۔ اسی زمرہ میں پریشن کے بعد
دائے نرف الدم کو بھی شمار کیا جاتا ہے۔ مویا بند کے علاج کے سلسلہ میں جب آنکھ میں سگاف دیا جاسے۔ جب زرق اما
کی حالت میں قطع عنبیہ کا پریشن کیا جاسے تو بڑھا ہوا یا طبعی منقطع دموی درجہ صفر پر آ جاتا ہے۔ اور اس کی وجہ سے آنکھ
کے اندر کے عروق منبسط ہو جاتے ہیں۔ ان کی دیواروں پر برازور پڑتا ہے۔ اگر دیواروں میں کسی قسم کا مرض ہو تو
ان کے پٹ جانے کا خطرہ رہتا ہے۔ عمر اور ان حالات پر نظر کرتے ہوئے تعجب ہوتا ہے کہ ان مریضوں میں نرف الدم
عام کیوں نہیں ہے۔

نایت خفیف قسم کے نرف الدم اسے تقاط سے بھارت میں کوئی خاص فرق پیدا نہیں ہوتا غشاء زجاجی
کے نیچے نرف الدم ہونے سے مرکزی بھارت ماضی طور پر ضائع ہو جاتی ہے۔ اور دوبارہ بھارت کے درست
ہونے میں چند ہفتے لگ جاتے ہیں۔ اس میں کسی دیشی نرف الدم پر منحصر ہوتی ہے چھوٹے چھوٹے نرفی دہیے
مہینوں تک معنی نہیں ہوتے، مگر یہ عدم تئیں بظاہر معلوم ہوتا ہے۔ درحقیقت پہلے کے نرفی رقبے صاف ہو جاتے
ہیں۔ اور دوسرے سے۔ بقیے ان کی جگہ پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور بعض بعض حالات میں یہ دہیے بالکل ہی مناسب
ہو سکتے ہیں۔

دریدی ایجاد خون کی وجہ سے جبکہ شبکی مرکزی وریڈیا اس کی بعض شاخیں ناکت ہو جائیں۔ تو خود ان وریڈوں کے

مرت کو سوکڑے ہونے پر ہوتا ہے۔ اس کی وجہ تیرید یہ ہے کہ سوجنے کی حالت میں منصفہ دموی کا کم ہونا اور دوران خون کی کمی انجماد خون کا باعث بنتی ہے۔ در یہ سوجہ سے ہوتا ہے کہ یہ حروق جبقہ مصفویہ پر کسی حد تک تنگ ہو جاتے ہیں۔
در اس کے علاوہ ان کے بشرہ باسنہ میں بھی تغیرات موجود ہوتے ہیں۔

انجماد خون مقامی اسباب کی وجہ سے بھی ہو سکتا ہے۔ جیسا کہ محجری التهاب صلی یا چہرے کے منہ کی وجہ سے ہو کرتا ہے۔ بعض اوقات جو نوں میں بخار کے بعد غشی التهاب ویریدی کے نتیجہ میں ایسا ہوا کرتا ہے۔ دوسری آنکھوں میں بھی عروقی تغیرات موجود ہوتے ہیں۔ نزف الدم شبکیہ کے محطی حصہ میں پایا جاتا ہے۔ دونوں آنکھوں میں ایک ہی وقت میں شاذ و نادر ہی انجماد خون دیکھا گیا ہے۔

علاج۔ کسی علاج سے فائدہ نہیں ہوتا۔ ایروپین آنکھوں میں نہ ڈالی جائے کیونکہ اس کی وجہ سے زرق المار کے پیدا ہونے کا خطرہ ہوتا ہے۔ مقامی علاج صرف اس وقت مناسب ہے جبکہ آنکھ میں تالم ہو۔ اس وقت آنکھ کو نکال دینا چاہئے۔ اس حالت کو ہمیشہ خطرہ کا پیش خیمہ سمجھنا چاہئے۔ اور جسم کے اندر عمومی امراض کی تفتیش کی جائے صحیح تشخیص کے بعد مسلسل اور مناسب علاج کیا جائے۔

التهاب شبکیہ کے مخصوص اقسام

آتشکی التهاب شبکیہ | اس کا سب سے زیادہ عام سبب آتشک ہے۔ مگر شبکیہ کے اندر یہ مرض شیمیہ کے ماؤت ہونے کے بعد ثانوی طور پر شروع ہو جاتا ہے۔ شبکی التهاب ابتدائی طریقہ پر بھی پایا جاتا ہے جس کی نمایاں علامت عروق کے بطنہ کا آتشکی التهاب ہی۔ زجاجیہ کے اندر غبار کی طرح غیہ شفافیت پائی جاتی ہے۔ ایسا خصوصیت کے ساتھ اس کے موخر حصہ میں ہوا کرتا ہے شبکیہ کی حالت سی بی ہو جاتی ہے۔ اور یہ سی بی حالت قرص بصری کے جوار میں خاص طور پر پائی جاتی ہے قرص بصری میں دموی احتقان ہوتا ہے۔ بقعہ صفردی کے اندر زرد یا سفید دھبے نظر آتے ہیں۔ جو قعر بینی کے محیط پر توین سے محدود ہوتے ہیں۔

غرض التهاب شبکیہ موز سے مشابہت وائیس پائی جاتی ہیں۔ مگر اس کے مانند ان کے اندر توین کی تقسیم خاص طور پر نہیں ہوتی۔ مرعین کو مرکزی بصارت کی خرابی کا احساس ہوتا ہے۔ رات کے وقت عدم بصارت کی شکایت ہوتی ہے۔

بے قاعدہ دائرہ کی صورت میں میدان غیر مستطیل جاتا ہے جس کے مرکز میں یا مرکز سے باہر مدور بھارت کے مختلف نوبتے
 ہر ایک کے ہیں شبکیہ کے اندر تشکیلاتی رقبوں کے تمام پرانے کے اندر بہت غنیمت تبدیلی ہوتی ہے۔ حرکت
 مینوں میں سے مدق کی پیدائش کی طرف زیادہ میدان ہوتا ہے۔ اور یہ مدق صرف شبکیہ میں محدود نہیں رہتے بلکہ
 زجاجیہ کے اندر بھی پید ہو جاتے ہیں۔ اور اس کے اندر مدق پچھلے دو گھنٹوں کی صورت اختیار کرتے ہیں۔ ان مدق کا
 باہمی اتصال کم سے کم شیخ و اہل کے ذریعہ ہوتا ہے۔ اور یہ قصبہ بصری پردہ اس کے نزدیک پید ہو سکتے ہیں۔

اکتسابی آشک میں یہ مرض تعدی کے ایک یا دو سال کے بعد ماحول ہوتا ہے۔ دونوں آنکھیں وقت بوقت
 ہیں۔ مگر دونوں پر آفت ایک ساتھ نہیں آتی۔ شذوذ در صرف قطعہ سفرووی۔ وقت ہو جاتا ہے۔ اس کے اندر فاکسٹری
 یا زرد ترشح پایا جاتا ہے۔ بے شمار زرد رنگ کے چھوٹے چھوٹے دھبے اور موی نقاطہ ظاہر ہو جاتے ہیں۔ اس
 مرض کا اعادہ بار بار کئی مرتبہ ہوتا ہے۔

فعلی آشک میں بھی التهاب شبکیہ پایا جاتا ہے۔ اس حالت میں شبکیہ کے محیطی مصلص میں مٹی کے ذرات چرچ
 کی طرح علیحدہ علیحدہ بکھرے ہوئے موی مقامات موجود ہوتے ہیں۔ قعر میں کے مقام پر پیسے کی اکڑ سے مشابہ حالت
 پائی جاتی ہے۔

جسمی حالت سے اس کی شناخت صرف اس طریقہ پر ممکن ہے کہ اس حالت مرض میں توین زیادہ ہوتی ہے لیکن
 ہے کہ اس حالت میں گنجان سیاہ و سفید دھبے نظر آویں۔ اور ان کی صورت مرئیہ ایسی ہو جیسا کہ باریک کالی چرچ اور
 نمک کے ملائے پر خاص صورت نظر آتی ہے۔ زیادہ نمایاں صورتوں میں زردی مائل سرخ اور سیاہ دھبے نظر آتے
 ہیں۔ جو شبکیہ کے محیط پر پائے جاتے ہیں۔ یہ حالت "قرونی فعلی التهاب" کے اندر پائی جاتی ہے۔ بڑے بڑے
 فاکسٹری یا سفید کھوٹے نظر آتے ہیں۔ اگر تشخیص میں کسی قسم کا شک ہو تو تفاعل داسرہ نیہ سے فیصلہ کر لیں۔
 علاج۔ آشک کا علاج نہایت مستعدی کے ساتھ کیا جائے۔ سیاہ چشمے استعمال کر دیں اور آنکھ کو آرام کی
 حالت میں رکھیں۔

آمنٹارین کے ذریعہ دیکھنے پر جب اس کی تصویر

Albuminuric retinitis

اصناف اور نمایاں نظر آوے تو یہ ایک ہر دست

زلالی عصبی التهاب شبکیہ

مست ہونے پر اس کی ساری قوتیں کے ساتھ اس کا اثبہ شاذ و نادر ہی ہوتا ہے جسکی عمومی کتاب کی علامات کے
مطابق اس میں قرض بھی کی بجائی کیفیت ان کا حتمی و نثر اندہ اور خاص طور پر چپ و در سفید دھتے
یہ اس کے ساتھ ساتھ بھی ہے۔ اس کے ساتھ ہی ابتدائی ترشح بھی اپنی کیفیت سے ہوتا ہے جس کے کنارے صاف
دور نہ ہیں اس کے بعد میں یہ ہوتا ہے کہ پھر اس سید موجود ہے۔ اور ان کے کنارے صاف نوک دار یا نقطہ دار ہوتے
ہیں جس میں بھی یہ گروہ سے اس سفید نشانات نفرت سے ہیں۔ یہ برف کے مانند سفید مٹھل سے جاتے ہیں بقعہ
صغریٰ کے کہ چھوٹے چھوٹے نشانات ہوتے ہیں جن کی سفیدی چاندی کے مانند ہوتی ہے جھیرہ مرکزی کے
چھوٹے شعلی طور پر سفید نقطہ یا نکیر پائی جاتی ہیں۔ اور یہ نکیریں کو کبھی شکل اختیار کرتی ہیں۔ یہ شکل بہت نمایاں
ہوتی ہے۔ مگر جھیرہ مرکزی خود اس سے محفوظ رہتا ہے۔ یہ ستارہ نما شکل بعض جانب تکمیل ہوتی ہے مرقع کے اندر
فردی تغیرات رونما ہوتے ہیں بل کے زمانے میں بول زمانی کی حالت میں جو انتہا شبکیہ پیدا ہو جاتا ہے اس
میں شبکیہ شیمیہ سے لگ ہو جاتا ہے۔ اس عیدگی کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ ان دونوں کے درمیان ابتدائی ترشحات جمع
ہو جاتے ہیں۔ یہ حالت دونوں آنکھوں میں پانی پانی ہے اور صرف قمریہ کے زیرین حصے میں محدود رہتی ہے۔
ان ترشحات کے جذب ہو جانے کے بعد شبکیہ اپنی اصل حالت پر واپس آتا ہے۔

زمانی انتہا شبکیہ میں ہمیشہ علامات نمایاں نہیں ہوا کرتیں۔ عموماً شبکیہ شبکیہ انتہا شبکیہ پایا جاتا ہے۔ اس کی
مذہبیں بھی خاص طور پر نہیں نمایاں ہوتیں۔ اس کے ساتھ انتہا شبکیہ موجود ہوتا ہے۔ قرض بھری میں متوسط درجہ کا ورم
ہی پایا جاتا ہے۔ مگر یہ اس قدر نمایاں نہیں ہوتا کہ تجھی سوسہ کی صورت میں ہوا کرتا ہے۔ مگر لذر حالت میں عمومی شمع
در اس کے ساتھ نوزاد مہی پایا جاتا ہے۔ سفید نشانات یا ٹکڑے شبکیہ پر بے قاعدہ پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ اور
کبھی نہیں ملتے شبکیہ انتہا شبکیہ کے ہر مہی کے قاعدہ کا کیمیاوی امتحان ضروری ہے۔

زمانی انتہا شبکیہ کے سفید نشانات میں خصوصیت کے ساتھ ترشح پایا جاتا ہے جن کے اندر بعض بھی ہوتی ہے
تقریباً یہ ترشحات سفید رنگ اختیار کرتے ہیں۔ ورنہ سفید نشانات شبکیہ کے بیرونی پرت پر ہوتے ہیں۔ جب بڑی
قدر میں سفید رنگ سے بھر جاتی ہیں یا ان میں سفیدی منجمد ترشح جمع ہو جاتا ہے۔ یا یہ نشانات انتہا شبکیہ سے بھر جاتی
ہیں تو ان کے اندر بڑے گریات بیضا بود و مہرے کریت کو کھائے ڈالے ہوتے ہیں پائے جاتے ہیں۔ یہ پتہ سام

استہسبکیہ کی کمی دزدی کا امراض گہیہ کی شدت کے ساتھ گوکہ مستقل کوئی تعلق نہیں ہے۔ تاہم التهاب شبکیہ میں مریضوں میں پیدا ہونے کا مفہوم یہ ہے کہ مرض شدید اور انداز مرض بہتر نہ ہوگا۔ یہ بھی ممکن ہے کہ التهاب شبکیہ سے پہلے پہل مرض گہیہ کو تشخیص کریں کیونکہ استہسبکیہ اس کی پہلی علامت ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اس کو زیادہ اہمیت دی جاتی ہے۔ ہسپتالوں میں جب استہسبکیہ کے مریضوں میں یہ علامت پائی جائے تو یاد رکھنا چاہئے کہ مادہ دستہ ۲ سال کے عرصہ میں مریض یا کرتے ہیں۔ اس مرض کا انجام بچوں میں بھی بہتر نہیں ہوتا۔ قرضی اور پرسونی التهاب شبکیہ میں جان کا خطرہ کم ہوتا ہے۔ پرسونی مریضوں میں جبکہ شبکیہ التهاب رونما ہو اسی قدر اس کا انداز زیادہ خراب دیکھ گیا ہے۔ خوش قسمتی سے یہ شبکیہ التهاب حمل کے آخری زمانے میں لاحق ہوتا ہے۔

مذکورہ صورت میں بہتر ہے کہ فوراً استقامت کر دیا جائے۔ اگر ایسا کیا جائے تو فوراً فائدہ ہوتا ہے۔ مگر بصارت عام طور پر ہمیشہ کے لئے خراب ہو جاتی ہے۔ اور بصارت کی خرابی کا انحصار شبکیہ کی مدت التهاب پر ہے۔ پہلے ردنی کے ٹکڑوں کی طرح سفید رقبہ جات صاف ہو جاتے ہیں۔ مگر بقیہ معرادی پر چکنے ہوئے دھبے نہایت آہستہ آہستہ صاف ہوتے ہیں۔ جذبی منور عصب بصری اور شبکیہ تغیرات مثلاً سفید یا قرون دھبے۔ اس کے بعد بقیہ معرادی پر باقی رہ جاتے ہیں۔ یہ مرض ہمیشہ پہلی مرتبہ کے زمانہ ہی میں نہیں پیدا ہوتا مگر اس کے ایک حملہ کے بعد بعد اسے حمل میں دوبارہ اس کا انداز ممکن ہوتا ہے۔ مریض کو اس خطرہ سے آگاہ کر دینا چاہئے۔ پرسونی (دلفاسی) صورتوں میں مرض نہایت شدید صورت اختیار کرتا ہے۔ اور شبکیہ اپنے طبعی مقام سے اٹھ جاتا ہے۔ شبکیہ کا اپنے طبعی مقام سے اٹھنا اس قسم کے معنی میں باقیہ دومر سے امراض کے زیادہ وقوع پذیر ہوتا ہے۔

عموماً بصارت کی تیزی کا کم ہو جانا ہی اس کی ایک علامت ہے۔ اگر مریض اس حالت میں معالج کے پاس آئے تو اس کے مرض کی صحیح تشخیص ہو جاتی ہے۔ اور معلوم ہو جاتا ہے کہ اس کو اس مرض کے ساتھ استہسبکیہ موجود ہے۔ مذکورہ علامت کے علاوہ دوسری بات یہ ہوتی ہے کہ مریض سخت درد سر کی شکایت کرتا ہے۔ غنطہ دموی بڑھا ہوا (۲۰۰۰ سی سی) ہوتا ہے۔ یہ حالت دونوں آنکھوں میں پانی جاتی ہے۔ اس مرض میں مریض بالکل اندھا شاؤنا در ہی ہوتا ہے۔ زیادہ تر وہ اس مرض میں مبتلا ہوتے ہیں۔ کیونکہ التهاب شبکیہ ان کو زیادہ لاحق ہوا کرتا ہے۔ علیٰ ہذا اقیان نزدیکوں میں بڑکوں سے زیادہ یہ مرض پایا جاتا ہے۔ ۳۰ سے ۶۰ سال کی عمر والے افراد میں عام ہوتا ہے خصوصیت

آپس میں، برس ہو سکتی ہیں۔ ورنہ گھارے کے پٹے دکھائی دیتے ہیں۔ نقائی نرٹ دم قدر معنی پختہ صورت
ہیں۔ نرٹا بے مریہ ان کل میں دریا بہتا ہے۔ ررلی اسباب شکی کے دھتے سطحی اور کثیر دار ہوتے ہیں
وس بیری در بقیہ شبکیہ پر عروق مام ہو رہی ہوتی۔ اس میں ہوتا ہے۔

انذار مرض۔ عموماً مرض کی شدت کے ہی نسبت، چھ یا بار ہوتا ہے۔ ان مریضوں سے ۶۰ فی صدی میں
۲ سال سے زیادہ عرصہ تک زندہ رہتے ہیں۔

مہتاب شبکیہ کی وجہ یہ نہیں ہوتی کہ خون میں شکر یا نامفzul خون یا "ایسی ٹون" ہوتا ہے۔ کیونکہ بچوں کے
انذار کے خرابی کی وجہ سے یہ اجزا بہت مریاں حالت میں موجود ہوتے ہیں۔ مگر شبکی اسبابان میں نہیں پایا جاتا
ذیابیس کے مریضوں میں "دم دبہنی" جو ان مریضوں کے انذار پایا جاتا ہے اس کی موجودگی میں انذار مرض بہت
نی خراب ہوتا ہے، منظرار میں کے ذریعہ اس کو اگر ملاحظہ کیا جائے تو تصویر نہایت باذب ہوتی ہے، شبکی عروق کے
اندر کاسیال دودھ سے مشابہ ہوتا ہے۔ شرنین ہلکے شرخ رنگ کی اور وریڈیں خفیف بنفشی رنگ کی نظر آتی ہیں
تقریبی کارنگ طبعی ہوتا ہے۔

نرئی الہاب شبکیہ اس نام کے ساتھ وہ شبکی اسباب شسم کیا جاتا ہے جس میں نرٹ الدم بھی پایا جاتا
ہے۔ یہی حالت میں بھی جبکہ شبکی الہاب کی تمام مریضیں مفتود ہوتی ہیں تو اس وقت
Haemorrhagic retinitis
بھی نرٹ الدم دیکھا جاتا ہے۔

الہاب شبکیہ بوجہ دم ایسین جب دم ایسین واسے مریضوں کو الہاب شبکیہ لاحق ہوتا ہے تو منظرار میں
کے ذریعہ دیکھتے پر اس کی علامتیں نمایاں ہوتی ہیں تقریبی ہلکے رنگ
کا بڑا جت جس کو بعد ممتدہ کے رنگ سے تشبیہ دے سکتے ہیں۔ وریڈیں
Leucaemic retinitis

پہیلی ہوتی درخندار ہوتی ہیں۔ ان کے ساتھ سفید لکیریں نظر آتی ہیں۔ گرو وریڈیں بجائے سیاہ شرخ رنگ کے
روشن شرخ رنگ کی ہوتی ہیں شمران چھوٹی۔ ہلکی زردی یا مل شرخ رنگ کی ہوتی ہیں۔ ان کے علاوہ شبکیہ میں سفید
بقعہ بات ملتے ہیں جن کے گرد نہر کنارہ ہوتا ہے۔ تحقیقاً یہ کربات جیفر ہوتے ہیں جن کے گرد کربات حمراء
پست جاتے ہیں۔ یہ اشانات شاذ و نادر ہی ملتے ہیں۔ فقر الدم خفیفہ۔ شبکیہ کے عروقی حصے میں بھی پائے جاتے ہیں۔

بعض مریضوں میں نرزی سہا ب تکیہ بھی دیکھا گیا ہے جس میں سہا ب کا کھوج کوئی مشابہ ہو جس سے خون کا موٹا
منہ در گزرنے کا پتہ ملتا ہے۔

مضنی التهاب شبکیہ

Septic-retinitis

غذا کی (پرسوئی) اور دوسرے اقسام کے نسیم الدم میں یہ راستہ پانی جاتی ہے۔
اس میں قس ایسی ہی کے نزدیک چھوٹے چھوٹے موشی یا ریشمی دھبے ملتے ہیں جن میں
تیز دم پیدا ہوتا ہے۔ جو اس میں اس میں دور تک نہیں۔ دھبے ہوتے ہیں۔

سکارٹری التهاب شبکیہ

Retinitis proliferans

زجاجیہ کے اندر ایک موشی ہو تو بخود خون ہمیشہ شکل عموماً پر جذب ہوتا ہے۔
کیونکہ اس کے اندر مٹی کا رنگ ہوتا ہے۔ اس کے نیچے تھوڑے تھوڑے ہوتے ہیں۔
اس کے اندر بھی اس کے اندر مٹی کا رنگ ہوتا ہے۔ کیونکہ شبکیہ کی نیچے

دھل جس کو ہم بھی نیچے دھل کہتے ہیں۔ وہ مٹی کی پتہ دھبے ہوتے ہیں۔ یہ مٹی کی پتہ دھبے ہوتے ہیں۔
مٹی نہیں ملے۔ شبکیہ کے اندر مٹی کی پتہ دھبے ہوتے ہیں۔ وہ عروق دموی ورن کے گرد کی پتہ
بناتی ہیں۔ بعض مٹیوں میں بخود خون بھی مٹیوں میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ اس کے زجاجیہ کے اندر مٹی کے
نظر آتے ہیں۔ ان کے اندر سے عروق پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ عروق شبکیہ کی عروق نظام سے پیدا ہوتے ہیں۔ اس حالت کو
ہم سکارٹری التهاب شبکیہ کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔

یہ نیچے قرص بھری کے نزدیک ہوتی ہے۔ اسی کے جواباً سے عروق کی ابتدا ہوتی ہے۔ کیونکہ مینی وٹلی پر تو اس
سے جمل شدہ نیچیں قرص مینی کے دوسرے حصے کے مقابلہ میں اسی جگہ زیادہ پانی جاتی ہیں۔ ہر مٹی کا نیچا ہے کہ ان
مٹیوں پر یعنی السجہ کی پیدائش کے لئے۔ ایسی حالت کی ضرورت ہے جو جسم کے اندر غلامی ہو۔ ایسے مٹی ہمیشہ تشکی
ہوتے ہیں یا التهاب الکلیہ یا ذیابیطس ان کو لاحق ہوتا ہے۔ ورن کسی اور قسم کے امراض میں وہ مبتلا ہوتے ہیں۔ یہ
حالت بار بار نرزی الدم ہونے والی صورت میں پیدا ہوتی ہے۔

یعنی ساخت کی مقدار مختلف مریضوں میں مختلف ہوتی ہے بعض میں یہ ساخت باریک خطوط کی صورت میں
کرتی ہے۔ یا اس کا مخصوص قسم کا صفحہ (Film) ہوتا ہے جو نئے پیدا شدہ عروق کو سہارا دیتا ہے۔ موشی اندر
حالت خصوصاً آتشکی حالت میں زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ کبھی یہ یعنی ساخت موٹی غشاء کی صورت میں پانی جاتی ہے۔

اور یہ منت رہتا ہے کہ مذہب سستی جاتی ہے۔ اس کی وجہ سے قمر صینی بالکل پوشیدہ ہو جاتا ہے۔

ان مریضوں کے شبکیہ و شبکیہ کے اندر اس کا اثر کی نمایاں حالت دیکھی جاتی ہے جن میں جنگ عظیم کے دوران میں شبکیہ اور شبکیہ دونوں پر جٹ کے ہوں۔ یہ یعنی نوٹے ہوئے ریشہ شبکیہ کے چوٹی سے لگے ہوتے ہیں جیسے جیسے یہ یعنی حالت سبب بنتی ہے جبکہ شبکیہ پلٹ مقام سے اکھڑا جاتا ہے۔ اسی وجہ سے بصارت ٹھوٹا بہت خراب یا صناع ہو جاتی ہے۔ کسی علاج سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔ فائبرولائی سین (Fibrolaycine) کی زیر صددی تلیق کریں۔ ساتھ ہی ساتھ عمومی علاج کو بھی جاری رکھیں تو ممکن ہے کہ کچھ فائدہ ہو جائے۔

التهاب شبکیہ مستدیرہ

Retinitis circinata

عموماً نریت اندام کی وجہ سے بڑھی عورتوں میں یہ حالت پیدا ہوتی ہے۔ بقیہ منفردی کے گرد چمکدار دھبے جن کے کنارے بے قاعدہ ہوتے ہیں حلقے کی صورت میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان کی مجموعی شکل حلقہ یا ناقص دائرہ یا متکثی قطع اور بعض زکوں سے مشابہ ہوتی ہے جس کا کٹھن ہوا حصہ صعدی جانب ہوتا ہے۔ اس کا قطر قرص بصری سے بڑا ہوتا ہے۔ بعض صعدی کے صعدی بالائی اور زیرین عروق کے ساتھ ساتھ یہ دھبے پائے جاتے ہیں۔ ان ہی کے دہرے عروق گزرتے ہیں بقیہ منفردی پر زردی مائل سفید دھبے ہوتے ہیں جن میں خفیف تلوین ہوتی ہے۔ نریت لدا عملاً پایا جاتا ہے۔ ۵۰ فی صدی مریضوں میں یہ مرض صرف ایک آنکھ میں پایا جاتا ہے، دوسری آنکھ میں التهابی ترشح ہوتا ہے۔ مرکزی بصارت بہت کم ہو جاتی ہے۔ مگر میدان بصری طبعی حالت میں ہوتا ہے۔

بعض اوقات یہ رتبے آہستہ آہستہ غائب ہو جاتے ہیں اور بصارت بہتر ہو جاتی ہے۔ اس مرض میں صرف سیبائی مرکبات اور آئیوڈائیڈ سے فائدہ کی امید ہوتی ہے۔

ارتشاحی التهاب شبکیہ

Exudative retinitis

اگر شبکیہ کے اندر ترشح بہت بڑی مقدار میں جمع ہو تو اس کا تشابہ عرصہ کی درنی تراکی حالت سے ہوتا ہے یعنی منظر زمین کے ذریعہ دیکھنے پر اس کی تصویر اس سے مشابہ ہوتی ہے۔ اس میں اٹھا ہوا زردی مائل سفید ایک رقبہ یا چھوٹے چھوٹے متعدد رقبے عروق کے پیچھے دکھائی دیتے ہیں۔ عروق کے اندر بہت زیادہ فساد فیضی پائے جاتے ہیں۔ ان کے علاوہ شرائین داہرہ میں اتصال بھی پایا جاتا ہے اور وریدیں بہت زیادہ پھیلی ہوئی

ہوتی ہیں اس مرض میں عموماً پہلے بند ہوتے ہیں جو بند ہر تندرست ہوتے ہیں، موتیا بند یا زرق لہر کے تھری مریج میں شبکیہ کا، کفرنا پایا جاتا ہے۔ بعد موت خوردبینی معائنہ میں شبکیہ اور شبکیہ کے درمیان شبکیہ کے غار پر توں میں زرق الدم پایا جاتا ہے۔ شروع شروع میں شبکیہ تندرست رہتا ہے۔

صدیدی التهاب شبکیہ

Purulent retinitis

اس کا باعث عموماً مفلجی برونخ و خراہ ہوتا ہے اس حالت میں باقاعدہ صدیدی التهاب کل بعین ردنا ہوتا ہے جب تک وقت تھیں، لہم کی حالت میں شبکیہ کے اندر جراثیمی مدے ایک جاتے ہیں۔ درجی مدے اس مرض کا

باعث بنتے ہیں۔ ابتدائی مریج میں شدید شبکی لہب پایا جاتا ہے جس کے ساتھ زرق الدم جی ہوتا ہے۔ یہاں پرست جلد پر پید ہو جاتی ہے۔ اس مرضی حالت میں زبانیہ ہی شرکت کرتا ہے جس کی وجہ سے مفلجی انگل س زرد نظر میں ہے اس کے بعد التهاب کل بعین پیدا ہو جاتا ہے مگر نسبتاً ان حالات سے جن میں کہ بر سے جراثیمی صدیدی انگل کے اندر ہوتی ہے کم پیدا ہوتا ہے۔

صدیدی جراثیم دوران خون اور انسجہ کے اندر کمزور ہو جاتے ہیں ممکن ہے کہ خون لڑکوں میں صدیدی رنگ جاتے اور اس کے غائب ہو جانے پر مفید حد تک بعد رت بھی قائم رہے۔

تیز روشنی کی وجہ سے پیدا ہونیوالا التهاب شبکیہ

اس کو ہم زری التهاب شبکیہ کہتے ہیں اگر سوچ کی تیز روشنی سے آنکھوں کو محفوظ نہ رکھا جائے یا بغیر کسی حفاظتی انتظام کے سورج گرہن کی صورت میں سوچ کی طرت دیکھ جائے یا تیز بھی کی روشنی کی طرف نظر کی جائے

تو ان جہ صورتوں میں یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس امر کے متعلق کہ مختلف اقسام کی روشنی کا شبکیہ پر کیا اثر ہوتا ہے۔ اب تک ہمارا علم بالکل ناقص ہے۔

معمولی حالات میں آنکھ کے اندر غیر تکلیف دہ چند فوق البنفسی شعاعیں پہنچتی ہیں ان کے مددہ دکھائی دینے والی عام شعاعیں اور تحت الاحمر شعاعیں بغیر کسی رکاوٹ کے آنکھ کے اندر داخل ہوتی ہیں ان شعاعوں میں سے اکثر کو شبکیہ کے بشرہ طور کا رنگ جذب کر لیتا ہے۔ ممکن ہے اس جذب سے جو گرمی پیدا ہوتی ہے اسی سے آنکھ کو نقصان پہنچتا ہو۔ دوسرے الفاظ میں ہم یوں کہہ سکتے ہیں کہ یہ بقیہ شبکیہ کی احتراقی حالت ہے

۱۔ ایک آنکھ کی بیماری جوئی مشیمہ کی شبیہ مرض کی آنکھوں کے سامنے نظر آتی رہتی ہے۔ اس کے بعد اس قدر بڑھ جاتا ہے کہ ایک مثبت عتمہ پیدا ہو جاتا ہے۔

منظاریں کے ذریعہ معائنہ کرنا پیرسپیکٹ میں کوئی خاص مددگار نظر نہیں آتی حفرہ مرکزی میں صدف ایک ہلکا سا رنگہ نظر آتا ہے جس کے آگے جوڑے کے سامنے چوستے ہیں اس کے بعد اس کے اندر نو بن پیدا ہو جاتی ہے۔ ہر حفرہ مرکزی کے گرد چوبیس چوبیس خاکستری نقاطی رقبہ جات ہر ہوتے ہیں، اندر مرض کے متعلق بہت خور و خور کے بعد علاج کو اپنی ریسے کا انداز کرنا پڑتا ہے۔ کیونکہ بصارت میں گو کہ بہتری ہو جاتی ہے مگر کچھ نہ کچھ عتمہ باقی رہ جاتا ہے۔ درمکن ہے کہ مثبت عتمہ ہمیشہ کے ساتھ باقی رہ جائے۔

علاج میں کا علاج تھاپ ٹیکہ کے عمومی اصول علاج کے، تحت کیا جائے۔ دھوئیں کے رنگ کے سیاہ یا نرگس کے چٹے لگانے کو دست بائیں کیونکہ یہ چشمے فوق المنفشی شعاعوں کو روک لیتے ہیں۔

تباکو۔ الکوحل۔ کونین فیکس ماس۔ کاربن ڈائی سلفائیڈ۔ سٹرا مونیم۔ بھنگ اور ایسی ہی

Toxic amblyopia

سمی ضعف بصر

دیگر سمی اشیا سے بہت زیادہ استعمال سے ضعف بصر لاحق ہو جاتا ہے جسکو مذکورہ نام سے موسوم کرتے ہیں۔ تباکو اور الکوحل کی وجہ سے جو ضعف بصر لاحق ہوتا ہے۔ وہ عام طور پر پایا جاتا ہے۔ اس کو ہم غلف مقفی عصبی التهاب کی ایک قسم قرار دیتے ہیں۔ مگر مرضی تشریح اور تجرباتی شہادتوں سے معلوم ہوتا ہے کہ یہ مرض ابتدائی طور پر شبکیہ میں شروع ہوتا ہے۔ تباکو کے بہت زیادہ استعمال سے خواہ وہ کھائی جائے یا پی جائے ضعف بصر لاحق ہوتا ہے۔ تباکو کے کاربنوں میں جہاں سگریٹ وغیرہ جلتے ہیں وہاں پر تباکو کے بیکٹات کے جذب ہونے سے بھی یہی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ اگر تحقیق کی جائے تو اسی کے ساتھ ان لوگوں میں شراب نوشی کی عادت بھی ضرور پائی جاتی ہے۔ یہ ان کا خیال ہے کہ صرف شراب سے ہی ضعف بصر لاحق ہو سکتا ہے۔ اور صرف تباکو کھانے سے ہی یہ حالت دیکھی گئی ہے۔ اس امر کا امکان ہے کہ برسوں تک کوئی شخص خوب تباکو پیتا رہے اور یہ حالت چھڑ بھی نہ پیدا ہو۔ اس کا تعلق دوسرے امراض کے ساتھ ہو سکتا ہے۔ جیسا کہ عمومی کمزوری یا ہضم کی خرابیوں کی صورت میں ہوا کرتا ہے۔ ۲۵ سال سے ۵۰ سال کی عمر تک کے لوگوں کو یہ مرض لاحق ہوتا ہے۔

مہکیز: ناپید کرنے والی سمیت "کونین" ہے۔

ذیہین صفت بصر کا بہن ذی ملغذ و رآوڈ و فارم کا ضعف بصر یہ سب تمام تبا کو کے صفت بصر سے مشابہ ہوتے ہیں۔ ناپیدائش کے مریض تبا کو کا اثر خصوصیت کے ساتھ قبول کرتے ہیں۔

علاج: منشی اشیا کو قطعاً بند کر دیا جائے۔ مشر تبا کو۔ شراب وغیرہ بالکل بند دی جائیں۔ محرک ادویہ مثلاً جوہر مندہ، یوڈائیڈ آف پوٹاشیم دیا جائے۔ پانی خوب پلائیں اور مریض سے دوزش بھی کرائی جائے۔

جن مریضوں میں مرکزی عدم بصارت موجود ہو اور جن میں کمل یعنی فب دی تغیرات نہ ہوں ان کو بھی تبا کو اور شراب قطعاً چھوڑ دینا چاہئے۔

یہ ضعف بصر اپنی خصوصیات میں تبا کو داسے ضعف بصر سے مختلف ہوتا ہے۔ کونین کے زیادہ کھانے سے بالکل اندھا پن لاحق ہو جاتا ہے بعض ایسے مریض جو کونین کے واسطے زیادہ ذکی لُحس ہوتے

کونین کے زیادہ کھانے کی وجہ سے ضعف بصر یا اندھا پن

ہیں ان میں کونین کی خفیف مقدار یعنی ۱۲ گرین سے بھی یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ ۱۰ ہرین کا خیال ہے کہ ۲۴ گھنٹہ میں صرف ۴ گرین کونین دینا چاہئے۔ اس سے زائد ہر گز نہ دی جائے۔ اس دوا کی کثیر مقدار میریا میں استعمال کرنا پڑتی ہے بعض اوقات استفادہ حاصل کے واسطے بھی اس کو استعمال کراتے ہیں اس کے اثر کے ماتحت مدد یعنی منبسط ہوتا ہے اور توری اندک اس اُس کے اندر سے غائب ہوتا ہے۔

۱۱۔ ۹ سال کے بچے کو میں نے ایک مرتبہ ۵ گرین کونین استعمال کرائی اس کی وجہ سے اُس میں اندھا پن پیدا ہو گیا۔ کونین فوراً بند کر کے مسهل دوائیں اور خولاد کے مرکبات استعمال کرائے اس سے ۲۴ گھنٹہ میں اس لڑکے کی بینائی درست ہو گئی۔

۱۲۔ ۱۰ سالہ بچہ ایک مریض کے شروع میں ۵ گرین کونین چار روز تک دی گئی۔ پانچویں روز دوا پر کو وہ سننے لگا کہ شام ہو گئی۔ یہی پہلی علامت تھی جس کو منظرہ کا پیش خیمہ سمجھ کر فوراً کونین کا استعمال بند کر دیا گیا۔ اس کے بعد خود بخود چند گھنٹوں میں اس کی حالت درست ہو گئی۔ بہرہ پن اور کان کے اندر آوازوں کا آنا۔ (مینن) اس کی وجہ سے ہو سکتا ہے منتظر مین کے ذریعہ دیکھنے پر عروق منقبض معلوم ہوتے ہیں۔ قرص بصری کا رنگ بہت ہلکا پڑ جاتا ہے

معمولی حالت مرض یا بعد میں میدان بھر سکتا جاتا ہے۔ دھن کے ٹپ۔ دل ہوسنے کے بعد دوبارہ میدان بھر پھیل جاتا ہے لیکن اس کے باوجود اپنے طبعی حدود کو نہیں چھوڑتا۔ مگر یہی بھارت لیکن بہت گہری دھن کے ٹپ سے قوس بھری برسوں کے سے جگے رنگ کی ہو جاتی ہے۔ دیہاتوں کے بعد طبعی حالت پر آتی ہے۔

ذات الریہ میں آپونچین کے استعمال سے بھی ایسی ہی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔

سیو سے تک ریڈ۔ در سوڈیسی سراس کے کھانے سے بھی ضعف بھر رہا حق ہو جاتا ہے۔ یہ کوئین کے ضعف بھر سے مٹا یہ ہوتا ہے مگر اتنا شدید نہیں ہوتا۔

علاج۔ دو قطعہ بند کردی باسے تھیل دے جائیں جو بہ کچھ اور ڈیجی نہیں۔ نہ دیکھیہ میں کے وکارت استعمال کرائیں۔

یہ تمام اصول سنسکریا۔ سیو تاہ۔ ورتوانی، نہ و ہنوں نفیس ماس کی وجہ سے جو ضعف بھر رہا حق ہوتا ہے وہ نصف المقدہ بھی لہتا ہے مختلف ہوتا ہے۔ کیونکہ ان اقسام کے نذر نمود بھی زیادہ شدید ہوتا ہے۔ ان میں تقریباً ہمیشہ درجہ صغیر ہوتا ہے۔ اور مرکزی مدد بھارت موجود ہوتی ہے مگر متحین میں مذہب میں کوئین اندازہ کر جاتے ہیں یا معاندہ میں ان کو اس کا پتہ نہیں چلتا۔

امریکہ کے باشندوں کو فکری کی بنی ہوئی مٹر سے جس میں متداخل اصول ہوتی ہے عمر، بھارت کا نقصان لاحق ہوتا ہے۔ اسی کے ساتھ غشیات اتنی یادوار، پکرت، درد سر شروع ہو کر بوجی، تو، کیفیت طاری ہوتی ہے۔ اگر مریض زندہ رہے تو بھارت بہت جلد جلد خراب ہوتی رہتی ہے۔ اپنے میدان بھر سکتا ہے۔ در مرکزی مدد بھارت کے جدا اسات بالکل اندھا ہو جاتا ہے لیکن ہے کہ کچھ عرصہ کے سے بھارت بہتر ہو جاتا ہے مگر وہ دوبارہ قرب ہو جاتی ہے اور اس کے بعد بڑھنے والی بھارت عصب پھر کے ضمور سے بالکل نفع ہو جاتی ہے جب بھارت کا اعادہ ہوتا ہے تو ایسا بہت کم ہوتا ہے کہ پوری بھارت وٹاٹے منفرد میں کے ذریعہ دیکھنے پر قوس بھری کے کنارے ذرا بھد سے ہو جاتے ہیں۔ عروق کا حجم کم ہو جاتا ہے مگر یہ بہت خیرات بتدی درجات میں ہوتے ہیں۔ بعد میں قوس بھری کے ضمور کی تمام علامتیں پائی جاتی ہیں جو ابتدائی ہوا کرتی ہیں۔

سنسکریا کی وجہ سے جو ضمور عصب بھری لاحق ہوتا ہے وہ مکمل ضمور کی صورت اختیار کرتا ہے۔ جو صورت

یہ دیکھنے سے بھی غمور نہیں ماحق ہوتا۔

یسے کی وجہ سے ضعف
بصر کا پیدا ہونا

حبیب سے دعوت اور ٹی کے برتنوں پر قسمی کر کے کارخانوں میں محاذ
تو این کا نفاذ ہوا ہے۔ اس وقت سے یہ حالت بہت ہی کم دیکھنے میں آتی
ہے آنکھ کے اندر علامات طبعی التهاب یا عصب بصری کے غمور کی صورت
میں پیدا ہوتی ہیں اور یہ ابتدائی اور طبعی التهاب کا نتیجہ بھی ہو سکتی ہیں۔

بعض مریضوں میں یسے کے انجذاب سے بلا واسطہ التهاب بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ التهاب۔ التهاب لالی
سے مشابہ ہوتا ہے اور ثانوی طور پر یسے کے انجذاب سے التهاب الکلیہ کے بعد دیکھا جاتا ہے۔
فلیکس ماس (Felix mass) یہ دوامی دیدان کی وجہ سے دی جاتی ہے۔ اگر اس کی بہت زیادہ
خوراک دی جائے تو ضعف بصر پیدا کرتی ہے خصوصاً جبکہ کسٹرائل کے ساتھ دی جائے تو منظر زمین کے ذریعہ
معا کر کے پر اس کی تصویر کو زمین واسطے ضعف بصر کی تصویر سے مشابہ ہوتی ہے۔ پہلے درجہ کے بعد غمور
بصری ایک آنکھ میں لگی اور دوسری آنکھ میں جزئی طور پر لاحق ہوتا جاتا ہے جس کے ساتھ میدان بصریت
سکڑ جاتا ہے۔

طبعی مقام سے طبقہ شبکیہ اکھڑ جانا یعنی طبقہ مشیمیہ سے الگ ہو جانا

Detachment of retina

طبقة شبکیہ مشیمیہ
دو طریقہ پر علیحدہ
ہو سکتا ہے

کی طرف کھینچ جائے یا باہر کی طرف سے اس کو اندر کی طرف ہٹا دیا جائے۔ اندر کی طرف کھینچ کر اس کا مشیمیہ سے
علیحدہ ہو جانا کوئی التهاب جسم ہڈی کے نتیجہ میں ہوا کرتا ہے۔ اس میں یعنی ساخت کے وہ رباط جو شبکیہ سے
لگے ہوتے ہیں سکڑتے ہیں ان ہی کے سکڑنے کی وجہ سے یہ مشیمیہ سے الگ ہو جاتا ہے۔ باہر کی طرف اس کا
مشیمیہ سے علیحدہ ہو جانا یا دھتاک کی وجہ سے مشیمیہ سے علیحدہ ہونا۔ مشیمیہ اور شبکیہ کے درمیان نرف الدم کے
نتیجہ میں لاحق ہوتا ہے۔ یہ نرف الدم چوٹ اور عروقی امراض کے تہہ کے طور پر پیدا ہوتا ہے۔
مرضی حالات میں تین طریقہ پیشبکیہ اپنے طبعی مقام سے اکھڑتا ہے۔

تقریبی اور میدان بصر کا معائنہ کیا جائے۔

بیشکیہ کے اندیشہ کی حالت میں شبکیہ کا کون سا حصہ کے مقام پر پختہ ہوتا ہے، شبکیہ کا کھڑنا ابتدا میں نہایت خفیف ہوگا اسی لحاظ سے یہ سبب قسم کے کثرت سے نشئت ہوتا ہے۔ بسیط حالت میں بہت بڑا رقبہ داؤف ہو جاتا ہے۔ مرکزہ دونوں کے درمیان فاصلہ بہت کم ہوتا ہے، یہ بڑا قصبہ تقریبی کے زیرین حصہ میں محدود ہوتا ہے۔ بسیط یا سادہ طریقہ پر شبکیہ کا کھڑنا تقریبی کے اوپر کے حصہ سے شروع ہوتا ہے۔ اور کچھ عرصہ کے بعد شبکیہ کے نیچے ثقلی وجوہ کے ماتحت سیال بھر جاتا ہے۔ اور اوپر کے حصہ میں شبکیہ اپنے اسی مقام پر چڑھا جاتا ہے۔ شبکیہ کا سلعہ خبثیہ بقعہ صغیرادی کے قرب وجوار میں پیدا ہو سکتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اس حالت میں مرکزی بصارت جدا داؤف ہوتی ہے اور اسی کی وجہ سے اشیا، ٹیرمی نیٹھی دکھائی دیتی ہیں۔ رنگوں کے لئے نسبتاً عدم بصارت لاحق ہو جاتی ہے۔ شبکیہ کے سلعہ خبثیہ کی وجہ سے جب خفیف طریقہ پر شبکیہ اکھڑتا ہے تو اس کا مرکزہ ہوتا ہے کہ وہ بسیط یا سادہ طریقہ پر اکھڑا ہو۔ ایسا تقریبی کے نیچے حصہ میں ہو سکتا ہے۔ باہر سے دیکھنے میں آنکھ طبعی حالت میں معلوم ہوتی ہے خزانہ مقدم گہرا ہو سکتا ہے۔ تو تریہ کم ہوتا ہے۔ تریہ ترین کی کمی شد ذوقا در ابتدائی درجات ہی میں مٹی ہے۔ شبکیہ کے سلعہ خبثیہ کی حالت میں تو تریہ ہر ہمیشہ بڑھا ہوتا ہے۔ بعد کے علاج میں خزانہ مقدم کم گہرا ہو جاتا ہے کبھی کبھی ابتدا میں بھی تو تریہ بڑھا ہوا ملتا ہے۔ اگر شبکیہ کے اکثر حصے پر اس کے اور شبکیہ کے درمیان فاصلہ نہایت خفیف ہو تو تشخیص کے وقت یہ نظر انداز ہو جاتا ہے۔ صراحتاً ظاہر نہیں ہوتی۔ کیونکہ شبکیہ کے پچھلے پرتوں کو تحت شبکیہ رطوبت سے تغذیہ حاصل ہوتا رہتا ہے۔ اور یہ اپنا فضل کسی تک انجام دیتے رہتے ہیں تشخیص کا تعین اس وجہ سے نہیں ہوتا کہ معالج صحیح طور پر معائنہ نہیں کرتا۔

مستحق اس کے امتحان کے واسطے منظرین کو بد واسطہ طریقہ پر استعمال کرتا ہے اور اس کے قبل بلا واسطہ صرف سطحی امتحان کر لیتا ہے۔ درمقررہ اہل سے معائنہ کرنا بھول جاتا ہے۔ خفیف طور پر شبکیہ کے اکھڑنے کا اختلاف تقریبی کے دوسرے مقامات سے بہت کم ہوتا ہے۔ اس میں شک نہیں کہ یہ مقام زیادہ طول بصر کی حالت میں ہوتا ہے۔ اس مستحق کو اس وقت خیال نہیں آتا کہ اس مقام کے دیکھنے میں بہ نسبت شبکیہ کے دوسرے مقامات کے دیکھنے کے واسطہ طاقت توفیق کو زیادہ استعمال کر رہا ہے۔ اگر ایسی آنکھ کا معائنہ بڑھنے والے فاصلہ سے مقررہ اہل کے ذریعہ کیا جائے تو یہ بہت کہ شبکیہ کے اندر کی تفصیل پوری نظر نہ آئے گی تاہم اکھڑے ہوئے مقامات کا فرق کسی قدر نمایاں

ہوگا مقررہ اہل کو چاروں طرف پھرا کر دیکھنے سے اس فیصلے میں ہرگز ہرجائی دیکھ لیں گے، اس کے بعد وہ سب
معدنہ کے سے حقیقت کھل جائیگی اور شہر میں مقیم ہو جائیگی۔ یہاں پر وہیں مقامات اعلیٰ تھیں اور اس کے ذریعہ
ان کے ہوتے مقام کا رنگ مختلف ہوگا۔ اور ان کے نزدیک ہونے کا رنگ بالکل سفید یا ناستری ہوگا۔ شبکیہ میں
پیش نظر آئیں گے جو اونچائی پر چپکے اور سفید اور گہرائی میں بنی ہوئی ناستری ہوں گی۔ اگر ان کے ذریعہ حرکت
دی جائے تو ان چٹوں میں ہر میں نظر میں آئے گی۔ شبکیہ کے عروق سے پرات چٹوں کی گہرائی اور اونچائی پرست ہوکر
گزرے ہوتے نظر آئیں گے عروق کا غیر بھی رنگ نہایت نمایاں ہوتا ہے کیونکہ وہ شبکیہ سے ملگے ہوتے ہیں۔
وہ بھی شبکیہ کے اندر سرخ لکھڑاں کا باعث ہوتے ہیں یہی وجہ ہے کہ یہ زجاجیہ کی ہموں صحابیات سے۔ نند
نظر آتے ہیں یعنی ان کی وجہ سے شبکیہ سے لکھڑاں کی جاتی ہے یہی باعث ہے کہ یہ ہموں صحابیات سے زیادہ
دکھائی دیتے ہیں۔ در بعض اوقات تو بالکل ہی سیاہ نظر آتے ہیں بھی عامت سے چٹوں سے ہوتے ہیں ان کے
اندر وسط میں روشنی کی کیر نہیں دکھائی دیتی۔ اگر اس قعر یعنی کے قعر کو ایک حاتور محمد ب مدد کے ذریعہ دیکھیں
تو قعر یعنی کا جیہ حصہ نوکس میں نہیں ہوتا یعنی صاف نہیں دکھائی دیتا جس کے معنی یہ ہیں یہ مقام آنکھ کے دوسرے
مقامات سے متعلق کی آنکھ سے زیادہ نزدیک ہے۔

ابتدائی مراح میں در بعض اوقات جبکہ اکھڑے ہوئے شبکیہ کا ناسمہ شبکیہ سے نہایت معمولی ہو تو شبکیہ
کے رنگ سے اختلاف بہت کم ہوتا ہے۔ خصوصاً جبکہ اکھڑا ہوا شبکیہ سامنے کے شبکیہ حصہ میں ہو۔ کیونکہ شبکیہ آنکھ
کے اندر بھی شبکیہ کا محیطی حصہ کمزور محمد ب مدد سے بہترین طور پر دکھائی دیتا ہے۔ اگر شبکیہ بہت زیادہ اکھڑا ہے
تو قعر یعنی میں بڑی بڑی چٹیں نظر آتی ہیں جن کی وجہ سے قرص بصری کو ہم بالکل نہیں دیکھ سکتے۔ اس کے سر سے ہاتھ توڑی بغیر
خاص طور پر پایا جاتا ہے۔

ارتشاح کی وجہ سے سفید و جے انزف ادم وغیرہ اکھڑے ہوئے شبکیہ کی سطح پر دکھائی دے سکتے ہیں۔ بعض
اوقات اس کے اندر سوراخ بھی پایا جاتا ہے۔ اس سوراخ کے اندر سے سرخ رنگ کا روشن شبکیہ نظر آتا ہے۔ بعض
ماہرین کا خیال ہے کہ ہر اکھڑے ہوئے شبکیہ میں سوراخ پایا جاتا ہے مگر یہ ضروری نہیں کہ منظر زمین کے ذریعہ ہمیشہ
نظر آجائے۔

اگر مکمل طور پر تھک جائے تو چھتے کی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔ شبکیہ صرف قرص بصری سے زیادہ بگڑتا ہے۔ یہ بعض مایوسند کی جگہ پر جزا ہوتا ہے۔ بعد میں یہ مدسہ کے پیچھے گھٹا ہو جاتا ہے اور قرص بصری سے تمامت تک سیدھی سی کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ اسی آنکھوں میں تغذیہ کی خرابی کی وجہ سے مدسہ میں کمیابند کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ نظار میں سے دیکھنے پر اندر سے کچھ نظر نہیں آتا۔

مذکورہ مرض سادہ یا بسیط صورت میں شبکیہ کے اکھڑنے پر پایا جاتا ہے لیکن جب سلعہ خبثیہ کی وجہ سے شبکیہ اکھڑتا ہے تو اس صورت میں نہیں ہوتا بعض حالتوں میں فرق نہایت خفیف ہوتا ہے مگر ہر حالت میں تشخیص نہایت مذوری ہے۔ کیونکہ مریض کی زندگی کا انحصار ممکن ہے کہ اسی پر ہو۔

تشخیص ذرا دکانے سے مفصل بیان شیمیہ کے سلعہ خبثیہ کے بیان کے ماتحت کیا گیا ہے۔ اس کا مطالعہ نہایت غور سے کرنا چاہئے۔

شبکیہ کے اکھڑنے پر اس کے اوزشیمیہ کے درمیان ایسا سیال صبح ہو جاتا ہے جس کے اندر زلالی جسز بہت زیادہ مقدار میں ہوتے ہیں۔

بسیط یعنی سادہ حالت میں اندر مرض بہتر نہیں ہوتا۔ صرف زلالی الٹا یا شبکیہ کی صورت میں شبکیہ دوبارہ اہل حالت میں لوٹ آتا ہے۔ اگر یہ اپنی اصل حالت پر یکایک لوٹ بھی آئے خواہ یہ خود بخود ہو جیسا کہ بعض اوقات دیکھا جاتا ہے یا کسی علاج کی وجہ سے ایسا ہو بہر حال دونوں صورتوں میں مرض کا اعادہ دوبارہ ممکن ہے۔ آخر میں مریض بالکل اندھا ہو جاتا ہے۔ شدید نقصان کی حالت میں اگر ایک آنکھ کا شبکیہ اپنے طبعی مقام سے اکھڑ جائے تو ضرور دوسری آنکھ کا نفس طور پر خیال رکھنا پڑے۔ کیونکہ ایک آنکھ میں اس حالت کا پیدا ہونا دوسری آنکھ میں اس کی استعداد کو بڑھا دیتا ہے۔ اسی لئے مریض کو شیخ جعک کہ کام کاج کرنا مثلاً باغبانی وغیرہ کے کام کاج میں ان کو قطعاً بند کر دینا چاہئے۔ وزن اٹھانے سے پرہیز کر لیا جائے۔

علاج۔ علاج گو کہ فائدہ مند نہیں تاہم نہایت استغلاں کے ساتھ علاج کا سلسلہ جاری رکھنا چاہئے۔ اگر ابتدائی علاج میں مریض طبیب کے پاس پہنچ جائے تو غور و فکر کے بعد علاج شروع کرنا چاہئے۔ ابتدائی علاج وہ ہوتے ہیں جبکہ شبکیہ کے اندر فساد کی تغیرات رونما نہیں ہوئے ہوتے۔ اور اس کے اندر صحت کافی باقی رہتی ہے۔

مدح کے سلسلہ میں ضروری ہے کہ بخوبی بدلت کو سمجھ دیا جائے اور مٹینٹ پروری میں عمل پر ہر
اب تک اس مدح کے جتنے طریقے بتائے گئے ہیں ان سبہوں میں ذیل کا طریقہ بہترین ہے مٹینٹ بہ
پر چند ہفتوں تک نہ سوتیں۔ اور کم از کم حرکت کر سکی جائزت دیں۔ سر کے دونوں جانب زیت کے گدے
رکھ دیتے ہیں۔ اس کو حوائج ضروریہ کے واسطے اٹھنے کو بھی منع کر دیا جائے۔ انگوٹھیں اپنے دوہینہ کر رہی ہوں
ہیں۔ مگر انگوٹھ بند نہ کی جائے۔ تاکہ اور رخسار سے گے درمیان خالی بگڑ یہ مظهر رونی لگا دیں۔

مذکورہ اعمال کے ساتھ پیو کا۔ چین کی قطعات خاص نظر کر کے، دانت کی پائیں جس کی صورت یہ ہے کہ
روزانہ ایک ہفتہ تک اور اس کے بعد ایک ہفتہ کا وقفہ دیکر پھر اس کو دوبارہ پائے سے یہاں تک کہ اس کو
کرایں۔ یا اس کے ذریعہ استعمال سے جائیں۔ یا پودا بنادیں۔

پیشین کی ضرورت ہو تو آپریشن کریں زیرِ ممتہ۔ فی صدی تک کا معدن ستوں کریں ہفتہ میں دو مرتب
"یکو امین" (Acum) فی صدی تک کے محلوں میں مل دیں تاکہ درد نہ ہو۔ شعلہ میں۔ قطرہ سے زیادہ
مقدار کی تیغ نہ کی جائے۔ اور تیغ جبکہ محیطِ قمریہ سے دور نہیں ہو کی جائے۔ یا مقدہ یعنی کے دہرے حصے میں
تیغ کریں۔ تیغ کرنے کے قبل آنکھ کو کوکین محلوں سے بہت حس کریں۔

مذکورہ بالا عمل سے بہتر یہ ہے کہ صلیبیہ کے اندر سوراخ کر دیا جائے۔ جس کا طریقہ یہ ہے کہ پہلے آنکھ میں کوکین
محلوں ڈالیں۔ اور منقح جھین کے ذریعہ آنکھ کو کھولیں۔ مٹینٹ سے کہیں کہ شبکیہ کے، کھڑے ہونے حلقہ کے
با مقابل جس قدر بھی آنکھ کو موڑ سکے موڑے یعنی اگر کھڑا ہو حلقہ نیچے ہے تو مٹینٹ اوپر کو دیکھے۔ اسی وضع میں
آنکھ کو قائم کر کے والی چمچی کے ذریعہ قائم کریں۔ چمچی کو ایک مددگار پکڑے رہے۔ مٹینٹ دوسری جفت مثبت
(قائم کرنے والی چمچی) کے ذریعہ صلیبہ پر پیچھے سے ہو سکے مٹہ کو پکڑے اور سامنے کو کھینچے اس کے بعد جس مقام
پر شبکیہ اکھڑا ہے اسی مقام پر موتیا بند دالے نشتر سے صلیبیہ میں ایک شکاف دے۔ یعنی اس نشتر کو نشی استوار پر
اندر کی طرف لے جائیں۔ نشتر کی پشت کو سامنے کی طرف رکھیں۔ اور اسے ۲ فی میٹر تک اندر داخل کریں
تاکہ صلیبیہ مشیمیہ اور شبکیہ میں سوراخ ہو جائے۔ اس کے بعد پہلی وضع کے ساتھ زاویہ قائم بناتے ہوئے نشتر
کو گھما دیں اور گھمانے کے بعد نکال لیں۔ ایسا کرنے سے ایک جیب نما زخم بن جاتا ہے۔ نشتر کو صلیبہ پر رکھیں۔

میں اس سے ساتھ ہی شبکیہ کے نیچے کایاں خارج ہو جاتا ہے۔ اب جفت ثبوت کو ہٹائیں اور مٹھہ کو جسے سامنے کھینچ لیں۔ ان آنچوں میں سے کو چھوڑ دیتے ہیں۔ یہ زخم کو چھپا لیتا ہے۔ مٹھہ کے زخم میں ٹانگا لگا دیں۔ اس کے علاوہ صلیبیہ کے پچھلے حصہ میں "ثبوتی ٹیٹ" بھی کیا جاتا ہے۔ اگر وہ صلیبیہ کے اندر سوراخ کرنا بریکار ہے جب تک کہ شبکیہ کے اندر بھی سوراخ نہ کیا جائے۔ یہ کرنے سے تحت شبکی جوٹ اور زجاجیہ کے درمیان تعلق ہو جاتا ہے۔ اور اس سے انخذاب میں پوری مدد ملتی ہے۔ لیکن ہے کہ اس عمل جرحی سے زخم کے ساتھ شبکیہ لگ کر نقص ہو جاتا ہے۔

میشمیہ اور شبکیہ کی خلقی بد وضعیاں

کسی ایک مقام پر خلقی بد وضعی ہوتی ہے جس کا مطلب یہ ہے کہ اس جگہ شبکیہ درشیمیہ کی تکوین خلقی اور صحیح طور پر نہیں ہوتی۔ یہ نقص عموماً نچلے حصہ میں پایا جاتا ہے مگر نام نقص جنینی میثمی فتادہ کے نقص ہو کر پر بند ہوئے سے پیدا ہوتا ہے۔

میشمیہ اور شبکیہ کی خلقی
انشقاق یا نقص -

ایسی صورت میں منظر بعین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر ایک چھکدار رقبہ قمریہ پر دکھائی دیتا ہے۔ اس کے کنارے تلوین ہوتی ہے۔ اسی کے ساتھ عموماً غنیمہ میں بھی نقص دیکھا جاتا ہے۔ لیکن ہے کہ ایسی آنکھ طبی آنکھ سے چھوٹی ہو دونوں آنکھوں میں یہ حالت ملتی ہے اور موروثی ہوتی ہے۔ یہ رقبہ بیضوی یا دایم دار ستارہ کے مانند ہوتا ہے اور اس کا گول سبب قرص بصری کی جانب ہوتا ہے۔ لیکن ہے کہ اس رقبہ میں قرص بصری بھی شامل ہو جاتا ہے اور یہ بھی ممکن ہے کہ نہ شامل ہو۔ اس کی سطح پر چند عروق معلوم ہوتے ہیں جن میں سے بعض عروق شبکی ہوتے ہیں۔ گلاب پربشیمی عروق پائے جاتے ہیں جن میں سے اکثر شریانیں بدیمہ موخرہ سے حاصل ہوتے ہیں۔

اس رقبہ کی سطح عموماً گرد و جوار کی سطح سے ذرا نیچی ہوتی ہے۔ مرکزی بصارت خراب ہو جاتی ہے اور میدان بصری اس رقبہ سے کم دیر میں مطابقت رکھتا ہے۔ بعض اوقات اس کے کناروں پر شبکی اجسام عصوی و مخدوٹی بھی پائے جاتے ہیں۔ ایسے دوسرے رقبے دونوں آنکھوں میں دوسرے مقامات خصوصاً بقعہ صفراوی پر بھی پائے جاتے ہیں۔ لیکن ہے کہ ان میں سے بعض جنینی حالت میں التهاب شبکیہ کی وجہ سے پیدا ہوئے ہوں۔

البین ازم (Albinism) کو مفہوم یہ ہے کہ آنکھ کے اندر تلوین کے پیدا ہونے میں نقص رہ گیا ہے

ایسے مریضوں کی آنکھ یا جسم کے اندر کہیں کوئی رنگ نہیں ہوتا، جسم گلابی رنگ کا معلوم ہوتا ہے اور ان کو چونکہ بہت غلیظ ہے، جڑنی تو یہی رنگ کا غالب ہونا عام بات ہے۔ اس حالت میں یہ تھن شیمیہ و ششکیمیہ میں ہوتا ہے۔ جنبہ نادر ہوتا ہے یا اس میں کوئی دوسرا رنگ پایا جاتا ہے۔ نظارین کے ذریعہ شکی و مشیمیہ و دق غایت واضح نظر آتے ہیں ان کے درمیان چمک دار حصہ دکھائی دیتے ہیں حقیقت ان میں پریمینیہ پکت ہو، نظارت بہت جلد مضر دی پر تو میں پانی جاتی ہے۔ اسی سے یہ بھی درست میں نظر آتا ہے چونکہ نفس امین۔ و انفس بصارت میں سک و رم ہیں۔ مردوں میں بھی اس کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ یہ حالت موروں ہوتی ہے۔

غلط ج۔ - نگر کا مدائن کر کے بے رنگین چشمے، یہ بائیں۔

ششکیمیہ کی خلقی تلون | عموماً نظارین کے ذریعہ معائنہ کر کے پریمینیہ کے بغیر نہ ستری رنگ کے دیکھے
 | یہ مختلف اور مختلف ناکسری سیاہ رنگ ششکیمیہ کے اندر کی نظر آتے ہیں یہ رقبہ جاتا
 مسیح ہوتے ہیں، دق کے پیچھے واقع ہوتے ہیں اور عموماً دار تک ان میں کوئی غیر نہیں ہوتا۔ غیور و باریک کے
 متعلق یہ ہے کہ یہ خلقی ہوتے ہیں۔ ان کا باعث شکی بشری غلیظ کی تو میں کا جماع ہے۔ یہ دیکھے کہی جنبہ پکھان
 دیتے ہیں۔

غیر شفاف عصبی الیاف | یہ الیاف عصب باصرہ کے تخلی غلاف طبقہ مصفویہ پر اندر جانے سے پہلے
 ختم ہو جاتے ہیں بعض وقت طبقہ مصفویہ سے اندر بھی عصبی غلاف موجود ہوتا
 ہے۔ نظارین کے ذریعہ دیکھنے پر یہ سفید رقبہ کی صورت میں نظر آتا ہے۔ اس کے غلیظی کا رتبہ پر شعاعی تعمیر پانی
 جاتی ہیں۔ عموماً یہ رقبہ عیال قرص بصری کے ساتھ متصل ہوتے ہیں۔ گویا بھی انگ بھی ہوتے ہیں لیکن اس سے دور
 نہیں ہوتے ششکی عروق بعض مقامات پر ان غیر شفاف رقبہ عیال کی وجہ سے پوشیدہ ہو جاتے ہیں۔ ان کی
 موجودگی کی وجہ سے جلد عیب بڑا معلوم ہوتا ہے۔ ان کے مقابلہ میں میدان بھارت کے اندر عدم بصارت و رقبہ
 پایا جاتا ہے۔ کبھی یہ رقبہ استعداد مسیح ہو جاتا ہے کہ بقیہ مصفویہ یا ذرات ہو جاتا ہے۔ اور مرکزی بصارت زائل ہو جاتی
 ہے۔ اگر ذرق المار یا ہنر عصب باصرہ کی وجہ سے، ان الیاف میں نشادی تغیر واقع ہو تو یہ تخلی غلاف عصبی نامہ کی
 اور اس پر وضعی کا کوئی نشان باقی نہیں رہتا۔ ان کی تشخیص ضروری ہے کیونکہ بعض وقت غلطی سے ان کو مسمانی

ترشح سمجھا جاتا ہے۔ یعنی زلالی التھاب سے تعلق رکھنے والے ترشح کی جانب خیال جاتا ہے۔ مگر یہ حالت دواور آنکھوں میں مٹی ہے۔ حقیقتاً یہ مٹی نہیں ہوتی کیونکہ عصب باصرہ کے ایلات کے غلات کی تکوین پیدائش کے کچھ عرصہ بعد تک جاری رہتی ہے۔

رتوند Night blindness

گرم ممالک میں یہ مرض بہت عام ہوتا ہے بعض اوقات اس کا کوئی سبب نہیں معلوم ہوتا اس کے ساتھ بعض عوارض ایسے بھی پائے جاتے ہیں جنکی طرف فوراً توجہ کو مبذول کرنا ضروری ہوتا ہے۔ ہر جگہ پر اس کے باب یکساں ہوتے ہیں۔ تاہم مندرجہ ذیل باتوں پر خیال بہت ضروری ہے۔

۱۔ کوئین دسٹکیا کے علاوہ اینٹی مینی کا استعمال مختلف گرم ممالک میں مختلف امراض میں ملا جلا استعمال کی جاتی ہیں۔ ان کے استعمال سے عصب باصرہ کا ضمور لاحق ہوتا ہے اس قسم کی خفیف یا جزی ہیر یوں میں یہ بھی شائع لاحق ہوتی ہے کہ مرض کو حقیقت پہنچنے سے قبل یا اندھیرے میں رات کے وقت دیکھنے میں تکلیف ہوتی ہے۔

۲۔ اکثر ممالک میں رات کو گلیوں اور شرکوں پر روشنی نہیں ہوتی ان مقامات کے ایسے باشندے جنکی آنکھوں میں نوری احساس بہت کم یا خفیف ہو وہ رات کو چلنے پھرنے سے معذور رہتے ہیں۔

۳۔ مشرقی ممالک میں قریبی رشتہ داروں میں شادیاں عام طور پر ہوا کرتی ہیں۔ ایسی شادیوں کے بعد پیدا ہونے والے بچوں میں التھاب شیمیہ منتشرہ اور دیگر خلقی موروثی بیماریاں عموماً پائی جاتی ہیں۔ اب ہم اس مختصر ممالک کے بعد مشرقی ممالک کے باشندوں کی رتوند کے متعلق اپنی رائے کا اظہار کرتے ہیں۔

دوبانی رتوند۔ اس مرض کے متعلق مدت دراز سے ماہرین کو حکم ہے۔ صدیوں پیشتر چین۔ جاپان۔ روس۔ ترکی میں ماہرین کو اس کے متعلق علم تھا چنانچہ وہ لوگ اس کا علاج بھی کرتے تھے۔ جنگ کے زمانے میں سپاہیوں میں اس مرض کا دوبانی طور پر پھیلنا ایک شتم امر ہے۔ مصر میں "نیپولین" کے سپاہی عموماً اس مرض کا شکار ہوئے۔ جزیرہ کریلیا۔ جنوبی افریقہ کی جنگ اور جنگ عظیم میں کثرت کے ساتھ یہ مرض پایا جاتا تھا گرم ممالک میں جہازوں پر کام کرنے والے ملاحوں کو اگر قرب غذا سے اور سورج کی روشنی خاص طور پر زیادہ ہو تو یہ مرض ان کو زیادہ لاحق ہوتا ہے۔

مرئی وحشی علامات | یہ مرض گرمی سے تعلق رکھنے والا ہے۔ اس کے ساتھ منجمد میں رہنا یا بس بھی پائی جاتی ہے۔

سہت۔ عورتوں کی نسبت مرد زیادہ جلد اس مرض میں مبتلا ہوتے ہیں۔ ممکن ہے اس کی وجہ یہ ہو کہ مردوں کو زیادہ
تھکاوٹ اور صحت و سادگی کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ ہر عمر میں راجح ہو سکتا ہے۔ گرم ممالک میں بچے سب سے زیادہ مبتلا
مرض ہوتے ہیں۔ مختلف ممالک میں اس مرض کی شدت و خفیت کے مابین مختلف ہوتے ہیں۔ صرف روزانہ کی تخفیف
کی وجہ سے مرین معالج کے پاس آتے ہیں۔ بعض اوقات ایسی حالت بھی اس مرض کی پانی بانی ہے کہ لذت خورد
فروت کے ساتھ ساتھ کرسے پر اس مرض کی تشخیص ہوتی ہے۔ جنگ عظیم کے زمانے میں جرمن و ہرین اس مرض کے مریضوں
کو ساتھ ساتھ اندھیرے کمرے میں گھڑی کے روشن ڈائل کے ذریعہ کیا کر سکتے تھے۔ اور اس کی طبعیت طاعت شدہ کی کمی
و بیشی کے تحت اس کے درجات مقرر کرتے تھے۔

نغمہ میں ردیا بس بنیر۔ توند کے بھی پانی جاسکتی ہے۔ لیکن یوں کہنا زیادہ مناسب ہے کہ ردیا بس کے
ساتھ روزانہ کی عادتوں کا بہت زیادہ نمایاں نہ ہونا ممکن ہے۔ ان دونوں امراض میں کوئی قطعی فرق نہیں ہے صرف
یہی فرق ہے کہ دونوں ایک ہی سبب کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ خراب حالتوں میں نغمہ کے ساتھ پورے قرنہ بھی رون
ہو جاتا ہے۔ اور خفیت حالات میں یہ مرض صرف نغمہ آئینہ واسے نغمہ تک محدود رہتا ہے۔ گوکہ دونوں آنکھوں میں
مرض ایک درجہ کا نہیں ہوتا لیکن مآذت دونوں ہوتی ہیں۔ قرنہ کے دونوں جانب خشک شعلی رقبہ اکٹائی دینا
بہت جلد کار مفید جب تک جمع ہوتا ہے۔ اگر اس کو بچھڑا کر صاف کر دیا جائے تو دوبارہ اسی جگہ یہ جھاگ جمع ہو جاتا ہے
گر ایک مرتبہ آنکھ کو اس حالت میں دیکھ لیں تو کبھی نہیں سمجھ سکتے قرنہ کے ان مآذت رقبوں میں "عصا سے ردیا بس"
بہت زیادہ تعداد میں پائے جاتے ہیں۔ بشرتی ممالک میں و بانی زمانے میں اس مرض کی مرضی تصویر بہت کچھ مختلف
ہوتی ہے۔ پوری آنکھ کا نغمہ مآذت ہو سکتا ہے اس کے اندر پیش پڑ جاتی ہیں اور اس کی حالت ایسی ہو جاتی ہے
جیسا کہ کوئی غلیظ کپڑا پھیلا ہوا ہو۔ اگر اس حالت میں جگہ چٹا جانے تو جھنی کنارے کے آخر تک یہ مرض بڑھ جاتا
ہوتا ہے۔ قرنہ کے اندر خرابی کے لاحق ہونے سے برے نتائج ظہور پذیر ہو سکتے ہیں۔ کیونکہ اس میں صرف یہی
ہی نہیں پیدا ہوتا، بلکہ بعض اوقات آنکھ سے قرنہ بطور ماکل کے علیحدہ ہو جاتا ہے۔ اور اس کے بعد جنبیہ ہر کو
مکمل آتا ہے۔ اور آنکھ خراب ہو جاتی ہے۔ بعض آنکھوں میں بہت جلد صمدی ارتشاح خزانہ مقدم میں نہ ہر ہوتا ہی
اور قرنہ میں سندرجہ ذیل خصوصیات پیدا ہو جاتی ہیں۔

قرنیہ کے ذریعہ شامی انصباب پیدا ہو جاتا ہے۔ قرہ اور سورخ بہت جلد پیدا ہو جاتا ہے۔

۱۲۔ انتہائی دور دورہ دمل بہت جلد غائب ہو جاتے ہیں۔

عمومی علامات | مشرقی ملک میں قحط کے زمانے میں خصوصیت کے ساتھ اگر ایسے مریضوں کو دیکھ جائیں گے
تو ان کی زندگی بھر بھی نہیں بھول سکتے۔ ایسے مریض بچوں کی آواز نہایت خفیف و کمزور ہوتی ہے۔
اور یہ ٹھہر ٹھہر کر دیتے ہیں۔ ان کی ٹانگیں اور بازو لکڑی کی طرح سوکھ جاتے ہیں۔ پیٹ بھول جاتا ہے بعد خشک
خیر لکپ دار ہو جاتی ہے۔ اور اس سے بھوسی اڑتی ہے۔ آنکھیں خشک اور اندھلی ہوتی ہیں جسم سے کسی بول و برا
کی بو آتی ہے۔ اکثر بچے اس قدر خفیف ہو جاتے ہیں کہ ان کے واسطے سوانسے موت کے اور کوئی چارہ نہیں ہوتا۔
سر و مالک میں ایسے بچے بہت جلد مر جاتے ہیں۔ ان میں سے کوشش کے بعد بعض بچے بچتے ہیں مگر وہ اندھے
ضرور ہو جاتے ہیں۔

ایسے مریض بھی پائے جاتے ہیں جن میں مریض نہایت خفیف درجہ کا ہوتا ہے۔ دوران کی تندرستی کے بعد
میں ہمہ کامیاب ہو سکتے ہیں۔ ماہر ہر برٹ کا خیال ہے کہ ان مریضوں کی دوسری نگہوں کی غشا رخا طلی میں بھی چھوڑنا
ظواہر ضرور موجود ہونے میں۔

موت کی غشا رخا طلی اور تجوہ میں کچھ تبدیلیوں کے ہونے سے آواز میٹھ جاتی ہے۔ ناک کے اندر خفیف استہاب
یا خراش پائی جاتی ہے۔ سینہ میں استہاب بھی ہوتا ہے۔ مزمن عیش یا اسہال میں مبتلا ہوتے ہیں۔ پیشاب میں صدیدہ
فعلیت پائے جاتے ہیں اور خفیف بخار بھی ہوتا ہے۔ قرنیہ کی حالت کو ہم لین القرنیہ کے نام سے موسوم کر سکتے ہیں
یہ لواءہر خذیہ کی خرابی کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ اسی سے ان کا انجام مہلک ہوتا ہے۔ مذکورہ باتوں کے علاوہ مندرجہ ذیل
عوارض بھی پائے جاتے ہیں۔

۱۱۔ استہاب قدہ خلعت الؤن۔

۱۲۔ استہاب قدہ مغاوی

۱۳۔ اوتار الصوت کے اندر جا بجا صلابت ہوتی ہے۔

بصارت کوئی اور میدان بصری۔ سرخ اور سبز رنگ کا میدان بصر کہ ہو جاتا ہے۔ بالخصوص سرخ رنگ کے

۱) سموی تغذیہ جسمانی کی خرابی د۲ روشنی کا عمل۔ اگر ہم ایسے مریض کو من حیث اکل دیکھیں تو اسکی حقیقت کو مکمل طور پر سمجھ سکتے ہیں۔ ہندوستان میں آنکھ کے شفاخانوں میں اس مرض کی جو تصویر ہم دیکھتے ہیں وہی حالت عام طور پر لندن میں خرابہ کے شفاخانوں میں بھی ملتی ہے۔

تغذیہ غموں، ہر شے کا خیال ہے کہ لیمن ائمہ نہ "خون میں تغیرات پیدا ہو جانے کی وجہ سے لاحق ہوتا ہے جس کا باعث نفاذ کبد یہ کی خرابی ہے۔ غذا میں شحمی مواد کی کمی بھی ہوتی ہے۔ تغذیہ کی اسی خرابی کی وجہ سے نفاذ و طی کے اندر کمزور نرلی جراثیم کے اثرات قبول کرنے کی استعداد بڑھ جاتی ہے۔

"پایس" کا خیال ہے کہ تغذیہ کی یہ خرابی مشبکیہ پر بھی ضرور موثر ہوتی ہے۔ وجہ اس کی یہ ہے کہ خراب شدہ ساختہ کی تمیہ نہیں ہوتی۔ دوسرے ماہرین اس کا باعث فونق میں حمہ الدم کی کمی قرار دیتے ہیں۔

"ماہرینا بارا" جن کو تجربہ بہت وسیع ہے، اُن کا خیال ہے کہ غذا میں شحمی مواد کی کمی سے یہ حالت پیدا ہوتی ہے اور اسی وقت نمایاں ہو جاتی ہے جبکہ مریض کی عام صحت اچھی معلوم ہوتی ہے یعنی صحت کی حالت میں ہیں۔ شحمی مواد کی خاص مدت تک کمی ہو جائے تو یہ حالت پیدا ہو سکتی ہے۔

جنگ عظیم کا کوئی اثر جو جسمانی قوی انسانی اخلاقیات پر موثر ہوتا ہے اُس سے بھی تغذیہ میں خرابی پیدا ہوتی ہے۔ ہم کو علم ہے کہ انسانی تخن کا اثر صحت پر کس قدر پڑتا ہے اور جسمانی مختلف اعضاء پر بے تالی کے خدو کے فرازات کا جس قدر نمایاں اثر پڑتا ہے اُس کا بھی علم ہے۔ ان تمام مذکورہ امور کی وجہ سے ہم محبور ہوتے ہیں کہ اس کو صحیح طور پر سبب قرار دیں۔

روشنی کا اثر۔ جہاں جہاں توند اور ردیا بس پائی جاتی ہیں ہر جگہ سے یہی معلوم ہوتا ہے کہ یہ مریض اُسی زمانہ میں بہت ہوتا ہے جبکہ سوچ کی روشنی تیز ہوتی ہے۔ سرد ممالک میں اس کا سبب یہ بتایا جاتا ہے کہ جہاں لڑکے اور بچے سرد پر کچھ نہیں اٹھانگتے اسی وجہ سے لڑکیوں کے مقابلہ میں ان کو یہ مرض زیادہ لاحق ہوتا ہے۔ اور اسی وجہ سے ہر جگہ پر مردوں میں یہ مرض زیادہ پایا جاتا ہے۔

اگر ہم اس سبب کو زیادہ واضح طور پر سمجھنا چاہیں تو ہماری مشکلات میں اضافہ ہو جاتا ہے۔ مگر اپنے علم کی زیادتی کے لئے ہم اس کو نظر انداز نہیں کر سکتے۔

تو نہ اسی قدر زائد حق ہوتی ہے جب قدر تیز آگشتی میں مریض دن کے وقت زیادہ سہتے ہیں بعض یورپین
 نوع جو گرم ملک کے سمندر میں کام کرتے ہیں ان کو کچھ عرصہ کے بعد مضموم ہوتا ہے کہ رات کے وقت ان کو دیکھنے
 میں تکلیف محسوس ہوتی ہے۔ اس تکلیف کے رفع کرنے کے واسطے وہ لوگ دن میں ایک آنکھ سے اور رات کے وقت
 دوسری آنکھ سے کام لیتے ہیں۔ پانچہ دو دن میں ایک آنکھ پر مٹی باندھ دیتے ہیں تاکہ وہ بالکل دیکھنے کا کام نہ
 کرے۔ رات کو دونوں آنکھیں کھول دیتے ہیں۔

بعض ماہرین کی نظروں سے ایسے مریض بھی گذرے ہیں جو تو نہ میں موجد سے جلد ہوسے تھے کہ رات کے
 وقت ان کو جنگ کے زمانے میں جنگ کے فرائض انجام دینے پڑتے تھے یعنی رات کے وقت اندھیرے میں غور سے
 دیکھتے رہنے سے بھی آنکھ کی بھارت پر ایک قسم کا خراب اثر پڑتا ہے مضموم ہوتا ہے کہ ان مریضوں کو رات کے عودہ
 دن میں بھی ان ہی حالات سے سابقہ پڑتا تھا۔ مذکورہ سبب کے عودہ دہنی جہانی اور خلانی اثر بھی اس مریض میں
 ترقی کا باعث ہوتا ہے۔

بعض ماہرین کا خیال ہے کہ عصبی جہد میں تبدیلی واقع ہوتی ہے اور بعض کا خیال ہے کہ بھارتی
 اور غوانی جنگ کے بننے میں کچھ خرابی ہوتی ہے بلکہ اس میں شک نہیں کہ شبکیہ پر اس خراب اثر کی ذمہ دار وہ شے
 ہیں جو عین شمس کے دکھائی دینے والے حصے سے تعلق رکھتی ہیں۔ کیونکہ گرمی نیز کیڑی اثر رکھنے والی شے سب کی
 سب آنکھ کے مختلف شفاف واسطوں میں سے گذر کر شبکیہ تک نہیں پہنچتیں۔

تشخیص تشنیں عموماً آسان ہوتی ہے۔ ہندوستانی اور مشرقی ملک میں چونکہ لوگوں کو توند کی عموماً
 کم ہے۔ اس سے بعض اوقات لوگ حیلہ کے طور پر اس مریض میں اپنے کو مبتلا ہر کرتے ہیں تاکہ تکلیف دہ فرائض
 انجام دی اور نوکری کی دشوار گزار منزلوں سے نجات پابائیں چنانچہ ہمارے یہاں عموماً فوجی سپاہی اور پولیس کے
 عہدین اس قسم کی حیلہ سازی کرتے ہیں۔ اس کی تحقیق کہ مریض حیلہ کرتا ہے یا خفیہاً وہ اس مریض میں مبتلا ہے۔ ذیل سے
 طریقہ پر ہو سکتی ہے۔

اندھیرے کرے میں مریض کو سے جائیں اور سیاہ دیوار کی طرف اشارہ کر کے سکوت بجا دیں تھی دیر تک خاموش
 رکھیں کہ اندھیرے سے وہ مانوس ہو جائے تھی دیر تک خود شفا فاسے کے بقیہ کام کرتے رہیں۔ اس کے بعد یہ

اُس کو، شیشے کو کھجور کے دھڑ سے، دوسرے کنارے پر بائیں کی تاکید کی جاسے اس کے راستے میں چھ
سوں پید سے، آگے سے بائیں، اگر مریض ان سستوں سے بچ کر نکل جائے تو ظاہر ہے کہ اس کی شکایت حسیہ
سازدہ یعنی بہت زیادہ گرمی کی سستوں سے ٹھوکر کھانے تو دودھ دگڑ جائے اور بائیں جانب ہوں وہ اس کو
بچاؤں، ششوں کو صحت دیکھنے کے لئے بہتر ہے کہ مریض کو اندھیرے کمرے میں ایک گھنٹہ تک رکھ جائے۔ اور
اس کے درمیان میں کارمل صلیف روشنی کے لئے دیکھیں، اندھیرے کمرے میں اس سے پہلے اور بعد کو بھی طبیعت صحت
میں مدد کی شکاں بہت زیادہ زیادہ جانتا ہے، مگر توند کی حالت میں ایسا نہیں ہوا کرتا۔

علاج - چین، باپان اور دوسرے ٹانگ میں توند اور دیہاں کا علاج کبھی خداوند اور شہد سے کیا
جانتا ہے، اس علاج کے ساتھ ساتھ دھواں بھلی، کاکڑشت بنی کھاتے ہیں، آجکل اس کے واسطے پھل کا پل، زیادہ
مناسب سمجھا جاتا ہے، پھل کے پاؤں کے تیل کی ماسح ہی اس کے واسطے مفید سمجھی جاتی ہے، یہ شہد، تیز
کہ بکایا ہوا جگر کا گوشت دیکھیں کاتیں شہاں کر کے بہت فائدہ ہوتا ہے رات کے وقت بھلا، اور
قرنیہ کی حالت بہتر ہو جاتی ہے۔

ماہر شیشے کا جگر بہت کسی دھواں کو توند اور اس کا دودھ پینے واسطے بچے کے طبقہ قرنیہ میں زربانی تھی، ان
سے خوب بایک گوشت در پھلی کاتیں اسے تیار کیا اس سے وہ خود اور اس کا دودھ پینے واسطے ہو گئے، مریض کو جس
ماحول میں مریض لاتی ہے اس کو اس سے علیحدہ کر دینا چاہئے، ششوں کے تمام ذرائع رفع کر دئے جائیں، مریض کی آنکھ
پر کرکس کے چشمے (۴) عین کے لگائے جائیں۔

۱۔ ہڈی ٹنگ "کافیں" ہے کہ وہی کے اجزاء سینے سے پھلی کے تیل سے زیادہ فائدہ پہنچاتا ہے، اور ماہر ڈینس،
اس امر کی سفارش کرتے ہیں کہ ایسے مریضوں کو کیلیم یعنی بسکیمیا، وہاں جو کچھ اور پھلی کاتیں، ایک ساتھ ملا کر دیا جائے
یہ حالت بعض عصبی المزاج لوگوں میں عرصہ تک تسبیہ
تیز روشنی کی وجہ سے بصارت کا ضعف
روشنی میں کام کرنے کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔

مریض دور ہو کر یہ شکایت نہایت آہستہ آہستہ لاحق ہوتی ہے، پہلے معمولی تکلیف شروع ہوتی ہے، یہ تکلیف
معمولاً اس وقت شروع ہوتی ہے جبکہ مریض دھوپ میں ہو اس کے بعد میں تکلیف شروع ہوتی ہے، اگر ان

تحقیق میں مبتلا ہوئے ہیں۔

جو شخص اس میں مبتلا ہو صرف وہی اس کی اہمیت کو سمجھ سکتا ہے۔ شرت میں ایک ڈیویژن میں ایک مرتبہ اس میں مبتلا ہوا۔ پانچ اس تحقیق کے ازالہ کے واسطے ڈاکٹری مشورے حاصل کرنے کے واسطے میوں کا سفر سے کر کے وہ معالج کے یہاں پہنچا۔ معالج نے معائنہ کرنے کے بعد اس کو عین دلیالہ میں رکھ دیا۔ اس کو کوئی خاص شکایت نہیں ہے۔ یہ کامی اور مایوسی اس کے واسطے اس قدر سنج و غم کا باعث ہوئی کہ مکان واپس جانے کے بعد اس نے خودکشی کو ایسی زندگی پر ترجیح دی جس کی خبر اخباروں میں پرنٹ کر ڈاکٹر کو سخت برقع پونچھ اس واقعہ کے بعد بھی اس کو ایسے مقدمہ فیضوں کو دیکھنے کا اتفاق ہوا۔ مندرجہ ذیل علامات سے ملحق آموز باتوں کو بخوبی سمجھ لینا چاہئے۔

(۱) ایک انگریز جس کو ہندوستان میں بسلسلہ عازمت مدتوں رہنے کا اتفاق ہوا اس کی یہ حالت ہوئی کہ شدید دورے سے وقت اس کو سفید رنگ والے آدمی کی طرف دیکھنے سے بھی سخت تکلیف ہوتی تھی مگر خفست یورپ جانے کے بعد اس شخص کی تکلیف میں سکون ہو گیا۔

(۲) ایک یورپین ڈاکٹر جس کو یہی شکایت لاحق تھی۔ اس کو بیان ہے کہ سفید کاغذ پر کتبائی اس کے واسطے باعث اذیت تھا۔

(۳) ایک بوڑھے انگریز کو اپنی عازمت کے آخری برس میں یہی تکلیف لاحق ہوئی۔ اس نے دماڑوں کو حکم دیا کہ یہ دیکھنا کہ بھیجے۔ شیر اس کے کمرے کے دروازے بند کر دیں تاکہ روشنی کی تکلیف سے وہ تمام دن کے لئے بیکار نہ ہو جائے۔

(۴) اٹھ سو پچاس کے ایک ماہر منصوبی کو جب یہ شکایت ہوئی تو وہ اتوار کا پورا دن اندھیرے کمرے میں گزارتا تھا۔ تاکہ اس روز آرام کی وجہ سے وہ تندرست ہو سکے۔ اس نے اسے قابل ہو جائے۔ مگر اس طریقہ سے بمشکل وہ چند سال گزار سکا۔

(۵) ایک یادری ہندوستان میں بڑی انگلوں کے ساتھ آیا۔ جب اس کو یہ شکایت لاحق ہو گئی تو اس کی حالت بیکار آدمیوں کی سی ہو گئی۔ اس کے خیال میں زندگی طویل عجیب معلوم ہوتی تھی اندھیرے کمرے میں روشنی

کی ہوائی شعلات ہوں، سبک چرخ بنانے سے سب سے کافی گی اس کی خواہش کی کہ وہ اپنی سسے سے اس کو بھی مار لیفت سسٹم
جو بنے تو خدا کا شکر ادا کرے۔

حقیقت مرض معرانی جو ان میں کام کر سکتے ہیں۔ یہ ہیں اس کا نیل ہے کہ جہاں
سب تکلیفیں مر جان کا دماغی بن جاتا ہے۔ رگ نہ تکلیفیں تھیں بہت گورہاں میں ثابت
تحتیث وہ ہوتا ہے۔ رگ نہ ان مفرط میں مری کی سوچ پر مری کی اند پر وہ نہیں کر سکتے کر تھیں بہت وہ
کہ بتا جاتا ہے دیت دیت کی حالت۔ تی بانی ہے۔ قوت برافوت مفرط ہوتی بانی ہے کیونکہ میں کی تبا
ہوا ان کے واسطے مفرط نہ ہوتی ہے۔ ہذا میں تکلیف ہوں وہوں کو وہ چپ سے بچنا چاہتے۔

کوہ ہماک میں سوچ کی تیزی کو مفرط ہوتا ہے بہت شدید ہوتا ہے اور یہوں کی گرم ہوا ان میں
میں یہ معلوم ہوتی ہے کہ کسی آتش فز میں سے تل رہی ہے۔ یہ روشنی کی کمی و شعلوں کے فز کو دہا کر سکتے
و ان ہوتی ہے۔ اعلیٰ بانی کے ذریعے جو اس کے رگ نہ تکلیف میں داخل ہوتے ہیں وہ مزید تکلیف کا باعث بنتے
ہیں۔ اس موسم میں ہوا کی بھی رطوبت مفرط ہوجاتی ہے سی وجہ سے تکلیف کے اندر گرمی زیادہ پہنچتی ہے یہ امر مسلم
ہے کہ سوچ کی سرخ روشنی کی لہریں ہوا میں رطوبت کی وجہ سے رگ نہ ہوتی ہیں، اگر ہوا میں رطوبت نہ ہو تو یہ ہوا میں
رکتی نہیں بلکہ آنکھوں سے ٹکراتی ہیں۔ علاوہ ازیں تمام ایسے پتے جن میں مکالوں سے باہر کام نہ پڑتا ہے وہ بھی اس
حالت کے پیدا کر سکتے ہیں۔ مثلاً بخیر ی یہ دوسرے پتے جن میں کمی گھٹنے گھوڑے پر سوار ہونا پڑتا ہے وہ
سب اس حالت کو پیدا کرتے ہیں۔

نمک کی کاوس کے پار بھی روشنی کی تیزی مفرط شعلوں کی وجہ سے زیادہ ہوتی ہے۔ مردوں اور عورتوں کو
یہ من یکیاں عورہ بہ لاحق ہوتا ہے۔ بھارت کی خرابیاں اس کی پیدائش کا باعث نہیں ہوتیں۔ مگر اس کے پسیدہ
ہو جاتے ہیں کہ بعد میں دیکھنے والی ضرورت بت ہوتی ہیں۔ یوہین اشخاص کو مشرقی باشندوں کے اعتبار سے زیادہ
تھک جاتی ہے مگر فی نفسہ تکلیف سے مشرقی باشندے بھی مستثنیٰ نہیں ہیں۔

لہذا یہ خیال کہ سیاہ فام لوگ اپنے سیاہ رنگ کی وجہ سے محفوظ رہتے ہیں غلط ہے۔ ہرین کا خیال ہے
طبیعت شمسی کے کنرے کی شعلوں کا اثر جو کہ تھک دینے پر ہوتا ہے وہی اس تکلیف کی پیدائش کا ذمہ دار ہے۔

ظن غلط کا نہ ہونا اور اس سے پیدا ہونا ہے۔ اس میں تکلیف کا سبب بھی مہرین بنتی ہیں جس کا بین ثبوت یہ ہے کہ ظن غلط کا علاج نہایت یہ ہے کہ رائل ہو جاتی ہے لیکن مہرین خیال کرتے ہیں کہ مریضوں کی تکلیف کا باعث دراصل آنکھوں کو دوبارہ بد کرنا اور پیشانی کو سکینر لینا ہے۔ اور اس مریض کو اسے مریض ایسا ضرور کرتے ہیں۔ گویا کہ ٹیگ اپنے خیال میں اس طرح تکلیف کو رفع کرنے کی کوشش کرتے ہیں۔

ان مہرین کے خیال کے مطابق ابرو (بھوڑوں) کو سکورسے پر بارانی عجمی عصب پر دوبارہ پڑتا ہے۔ چنانچہ یہ عصب عظیم جمہی در بھوڑوں کی شکنوں کے درمیان دب جاتا ہے جس کی وجہ سے فوراً درد پیدا ہو جاتا ہے۔ اور یہ درد عصب نامہ کی تمام شخوف میں پھیل جاتا ہے۔ ہمارے خیال میں کسی خاص مریض کی حالت کو دیکھ کر یہ بتایا گیا ہے۔ ورنہ یہ غلط ہے۔ یہ ضرور قابل تسلیم ہے کہ ایسا کرنے سے مریض کی تکلیف میں کسی قدر زیادتی ہو جاتی ہے۔

مہرین کا یہ بھی خیال ہے کہ تیز روشنی کی وجہ سے مددہ بین کے بہت زیادہ منقبض ہونے پر عصبی الیاف پر دوبارہ پڑتا ہے۔ ورنہ ایف میں طبعی حالت سے بہت زیادہ تحریک ہوتی ہے مگر ہمارا خیال یہ ہے کہ جن حالات میں کبھی کی روشنی یا کسی اور چیز کی روشنی کے تحت مددہ بین بہت زیادہ منقبض ہو ان میں بھی اس کے پیدا ہونے کا امکان ہے۔ لیکن جن مریضوں کو تیز روشنی کی وجہ سے ضعف بصر لاحق ہوتا ہے۔ ان کا مددہ بین طبعی حالت میں ہوتا ہے۔ لہذا ہم اس نظریہ کو صحیح نہیں مان سکتے۔

بعض مہرین کا خیال ہے کہ شیمیہ کے اندر حتیٰ الیاف روشنی کے اثر سے متاثر ہو کر دردناک ہو جاتے ہیں۔ غرضیکہ ان مختلف نظریات کا خیال رکھنا ضروری ہے کیونکہ ان میں سے کسی ایک کی صحت کے متعلق فیصلہ کرنا تقریباً ناممکن ہی ہو سکتا ہے کہ ایسے مریض شاذ و نادر ہی دیکھنے میں آتے ہیں۔

مہرین کا خیال ہے کہ بعض اوقات ”رمد بشری“ یا چھوٹے اجسام غریبہ کے آنکھ میں موجود ہونے کی صورت میں جفتی انقباض ظہور میں آتا ہے جس کا یہ مرض نتیجہ ہے۔ اور یہی دلیل سابق الذکر ضعف بصر کے متعلق ہی پیش کی جاتی ہے مگر ہمارا خیال اس کے باوجود یہ ہے کہ ان مریضوں کا ملحدہ و قریبہ زیادہ حساس ہوتا ہے۔ اور روشنی کے اثر سے ان کے عضلہ محیط جفن میں انوکھا سی انقباض پیدا ہو کر یہ حالت پیدا کر دیتا ہے۔ تیز روشنی کی وجہ سے ضعف بصر کا لاحق ہونا اور یہ تکلیف گویا کہ یہ دونوں ایسی حالتیں ہیں جن میں درجہ کافرف ہے تکلیف کسی میں کم اور کسی میں زیادہ ہوتی ہے۔ ہمارا

خیر ہے کہ قرنیہ و مٹھ کے اندر یہاں اس کے ایوان میں دفن آہنشی شعبین حرمش پیدا کرتی ہیں اور یہاں سے ربارہ ہنسی انقباض پایا جاتا ہے۔ آبی قدرت میں زیادہ تکلیف یا ترکیب پونچھی ہے۔

علاج - اس مریض کے مدین کے دو حصے ہیں۔ ۱۔ منہ، ۲۔ منہ، ۳۔ منہ۔

مدین منہ - اس تکلیف کا بہت کچھ ان میں سے ہوتا ہے کہ جو اس وقت تک دوا لگائیں جو دوا میں درد اور غمیش پیدا کرتی ہیں منہ کا شک و غیہ وہ اس میں نہیں استعمال کی جا سکتیں۔ کیونکہ ان کی فراش کی وجہ سے جھنی انقباض ان کا کسی صورت پر پیدا ہو کر ان اندر یہ کے ٹر کو اندر غود کر سکتا ہے۔ آبی روں اس صورت کے لئے بہت مہینہ ۱۲ فی صدی محمول کی صورت میں سکواستوں کو چاہئے۔ اس محمول کو دن میں دو مرتبہ دو ہفتے تک آنگو میں ڈالتے رہیں۔ اور پھر دو ہفتہ کا وقفہ دیدیں۔ تین ماہ میں اس کا مین اثر ہوتا ہے۔ مٹھ بھی اس دوا سے زمین نہیں ہوتا۔ وقفہ کے ایام میں مندرجہ ذیل نسخہ استعمال کریں۔

| | |
|----------|-----------|
| زنگ سلف | ۱۔ گرین |
| پشکری | ۲۔ گرین |
| بورک ایڈ | ۱۰۔ اگرین |
| آب مقطر | ۱۔ اونس |

اگر اس محمول کے استعمال سے جھنی انقباض پیدا ہو تو اس کے ڈالنے سے دو منٹ پہلے ایک قطرہ کوئین محمول کا ڈال دیں۔

اگر مذکورہ علاج سے کامیابی نہ ہو تو جب قدر و پنچا ممکن ہو جھنی کو الٹ کر ۲ فی صدی طانت دار کو شک و محمول لگائیں اس مریض کی غرض حالت داسے مریضوں میں سے جن کی عمومی صحت بھی خراب ہو چکی ہو۔ ان کو شامی پور پ میں بچھایا جائے یا ہندوستان میں کشمیر سے اس طرف کے پہاڑوں پہ بھینجا بھی موزوں ہے، انگریزوں کو جب یہ مریض لاحق ہوتا ہے تو وہ انگلستان جانے سے بھی تندرست ہو جاتے ہیں۔ مگر ہر قسم کی مملکت میں اس وقت تک ہرگز نہ جانا چاہئے جب تک کہ آنکھ بالکل درست نہ ہو جائے اور اس میں سکون کی حالت نہ عود کر آئے۔ معمولی تکلیف کی صورت میں آب دھوا کی تبدیلی کی ضرورت نہیں لاحق ہوتی۔ اگر سر میں درد ہو تو بستر پر آرام کرایا جائے مگر یہ خیال رہے کہ اندھیرے کمرے میں ایسا کرنے سے بعض اوقات ۲ گھنٹہ میں بہت فائدہ محسوس ہوتا ہے اور مریض اپنا کام کاج کرنے کے قابل ہو جاتا ہے۔ ان مریضوں کو کوئی دوا منوم (خواب آور) مثلاً یونیوال۔ برومانڈ وغیرہ بھی

نزدیک کیونکہ ان سے زیادہ آرام ہو چکا ہے۔

حفظ، تقاضا، معمولی تکلیف کی صورت میں مریض کو چھینے پھرنے کی اجازت دیدیں، رنگین مینگ لگائیں، ٹوپی چوس کر سہلے کی استعمال کریں میرے خیال میں ہندوستانیوں کے لئے اس مصرف کے لئے بڑی پگڑی زیادہ مناسب ہے، سوپ کی شاعوں کے کھیا دی اترتے پچھنے کے لئے، "کرکس" کے چستے استعمال کریں یہ چستے دو قسم کے ہوتے ہیں، (A) وہ چستے جن میں سوڈیم نائٹریٹ کی حادث ہوتی ہے، اس کی وجہ سے یہ اس قابل ہوتے ہیں کہ طیف شمسی کے منفشی کنارے کی شاعوں کو بہت کچھ جذب کرتے ہیں، (B) وہ چستے جن کے شیشوں کے اندر "یو سے ایک گسارڈ" نخل آگسٹڈ، اور ووبٹ سیفٹ کی حادث ہوتی ہے ان کے مختلف رنگ ملتے ہیں، کرکس کے شیشوں کی یہ خاصیت ہوتی ہے کہ مختلف اشیا، اپنے قدرتی رنگ میں دکھائی دیتی ہیں، پہلی قسم کے چستے معمولی قسم کے چشموں کی طرح ہوتے ہیں ان دونوں قسموں کے چشموں کو خفیف شکایت کی صورت میں استعمال کیا جاتا ہے، مریض کو خود اس رنگ کا چشمہ منتخب کرنا چاہئے جو اس کو پسند آئے، کیونکہ اپنے احساس کے لحاظ سے وہی سمجھ سکتے ہیں کہ ان کو کس رنگ کی ضرورت ہے، بازار میں مختلف رنگ کے چستے دستیاب ہو سکتے ہیں۔ عموماً ہم یہی سمجھتے ہیں کہ نیلے رنگ کی مینگ مریض کو تخفیف دے دوگی، مگر بعض ایسے مریض بھی ملتے ہیں جن کو اس رنگ کی مینگ سے بھی فائدہ پہونچتا ہے، دھوپ میں ان چشموں کو لگانے کے لئے ضروری ہے کہ چشموں کے چاروں طرف بالخصوص ان کی جانی طرفیں بالکل بند نہ ہوں، بند جالی لگی ہو، یہ چستے ٹھنڈے ہوتے ہیں اور ان سے آرام ملتا ہے، اوپر دینے پچھری کناروں سے ان کی جالی بالکل فٹ ہو اس طرح کے چشموں میں کسی اور جانب سے روشنی بہ نہیں جاسکتی، بھل گئے ہوئے چستے تکلیف دہ ہوتے ہیں۔ جو لوگ دھوپ میں سواری کرنے پر مجبور ہوتے ہیں اور دھوپ کے اثر کو بہت جلد محسوس کرنے لگتے ہیں، ان کے واسطے ایسے چستے زیادہ بہتر ہیں جن کی دونوں جانب بالکل بند ہوں، مگر بند کر کے ذالہ دھات کا پرت جالی سے ذرا بہت کر لگا ہو۔ اس سے چشمہ ہونڈا ضرور ہو جاتا ہے مگر ضرورت کے مقابلہ میں بدسواری کو کچھ اہمیت نہیں، دھات والے بند کرنے کے جانی پرتوں کو اندر سے سیاہ کر دینا زیادہ مناسب ہے، اور ایسے لوگوں کی سواری کے لئے بند گاڑی زیادہ بہتر ہے۔

اگر دھات کو تیز روشنی سے پیدا ہوئے والے ضعف بصر کا شک ہو تو مندرجہ ذیل امور کا بہت زیادہ خیال رکھئے

ہوتی ہے۔ بہت سے پتہ بیان دہوں میں مشترک علامات کو بیان کرتے ہیں، اس کے بعد ان علامتوں کا ذکر کیا جائے گا جو ہر ایک کے ساتھ علیحدہ علیحدہ پائی جاتی ہیں۔

۱۰۔ یہ ذکر کیا گیا ہے کہ قرص بصری کے رنگ سے تخفیف ممکن نہیں، مگر کوچا ہے کہ معائنہ کے سلسلہ میں اپنی توجہ کو قرص بصری کے کناروں کی طرف مبذول کرے، قرص بصری کے انتہا میں اس کے کنارے کبھی صاف نہیں نظر آتے، اور کناروں کے اندر خرابی پٹے انہی جانب اور اس کے بعد چاروں طرف پیدا ہو جاتی ہے، چھوٹی شریانیں نظر آتی ہیں، وریدیں خون سے پردہ کھائی دیتی ہیں، اور ابتدائی مراحض میں قرص بصری یعنی حالت سے زیادہ سُرخ فہستہ آتی ہے۔ بعد کے مراحض میں اس کے کنارے بہت زیادہ دھندلے معلوم ہوتے ہیں، اور یہ طبیعی حالت سے بڑی معلوم ہوتی ہے بعض بعض مقامات پر انتہائی ترشحات سے عروق ڈھک جاتے ہیں، وریدیں بہت زیادہ پُر اور بچ دار معلوم ہوتی ہیں، اور آخری مراحض میں قرص بصری کا رنگ طبعی حالت سے ہلکا ہو جاتا ہے، یہاں تک کہ سفید بھی ہو سکتا ہے، اس پر شعاعی خطوط نظر آتے ہیں، اور چاروں طرف شبکیہ میں نرمی مقامات پائے جاتے ہیں، اس درجہ میں قرص بصری خاص طور پر متورم ہوتی ہے، اس درجہ سے اس کی ادنیٰ کو ہم ناپ سکتے ہیں۔

عصبی انتہا شبکیہ کی صورت میں جب قرص بصری کا انتہا بھی موجود ہو تو اس میں درم متوسط درجہ کا (۲ یا ۳ بصریہ تک) ہوتا ہے، اور یہ بہر تقدیر چاروں طرف شبکیہ میں ختم ہوتا ہے، اور اس کے اندر انتہائی علامات پائی جاتی ہیں، قرص طبعی حالت سے زیادہ سُرخ ہوتی ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ عروق شعریہ منبسط ہوتی ہیں مگر وریدیں میں امتلاء اور خمیدگی متوسط درجہ کی ہوتی ہے، جمعی امراض کے نتیجے میں جب قرص بصری کا انتہا لاحق ہو اور اوپر سے نیچے کی طرف پھیلنے والے فساد کا تمہ ہو تو مذکورہ علاماتیں اس کے اندر بھی پائی جاتی ہیں، مگر انتہا شبکیہ موجود نہیں ہوتا، جمعی مرض ان حالتوں میں عام طور پر انتہا سمائی ہوتا، قرص بصری کا نمایاں نتیجہ بہت زیادہ عام ہوتا ہے، چونکہ اس کے ساتھ صادق انتہا نہیں موجود ہوتا، اس لئے اس کو نتیجہ کے نام سے موسوم کرنا زیادہ بہتر ہے، اور یہی وجہ ہے کہ ماہرین اسکو امتناق قرص بصری کے نام سے تعبیر کرتے ہیں، یہ درم بہت زیادہ یہاں تک کہ ۱۰۔۱۰ بصریہ تک ہوتا ہے، مگر ویش کے شبکیہ سے بالکل الگ ہوتا ہے، اور شبکیہ کے اندر کسی قسم کا انتہا نہیں پایا جاتا، وریدیں بہت زیادہ پھولی ہوئی اور زیادہ بچ دار ہوتی ہیں، بعض بعض مقامات پر عروق شعریہ سفید یعنی ترشحات سے چھپ جاتے ہیں، متورم قرص پر

عموم۔ نثری مقامات بھی ملتے ہیں، زیادہ تر رسی آنکھوں میں مٹن کی دونوں قسموں میں نظر یعنی تصویر یکساں ہوتی ہے، اسی سے ان کو ایک دوسرے سے متماثل بنا دیتا ہے۔

مکمل ہے کہ بعضی استہاب شہابیہ کی حالت میں درمیان میں بہت زیادہ ہوا اور چھٹی حالت میں گرد و گلہ سبب سے ہونے والے بعضی استہاب شہابیہ سے اس کی تصویر بنا رہا ہو، یہ بھی ممکن ہے کہ بعضہ عذری پرستارہ شکل کی پانی جوت ہو، یا خشوٹس پتھر میں نگران صورتوں میں استہابہ نہ شکل مکمل نہیں ہوتی، بلکہ عام طور پر ایک پتھر کی شکل سے مشابہ نظر آتی ہے، جس کا رخ قرص بھری کی طرف ہوتا ہے، یہ حالت صرف مرض کی شدید حالت میں پیدا ہوتی ہے، درسی وجہ سے عموماً بخفی سعادت میں پانی جاتی ہے، اگر کھوپڑی کے اندر عمل نقاب کے ذریعہ سعد کے دباؤ کو کم کر دیا جائے تو یہ حالت غائب ہوتی ہوتی ہے، اور اس کے بعد بعضہ عذری بھی حالت میں دیکھنی دیتا ہے۔

بعض اوقات التاب قرص بھری کی حالت غیر متیقن ہوتی ہیں، اور کئی بدلتا لیکن ہے کہ بالکل طبعی حالت میں ہوا ایسی صورت میں دونوں آنکھوں کے حد قہ عین طبعی حالت میں ہونے اور ان کا انعکاس و ترجمہ بھی طبعی ہوگا۔ درجہ سے مٹن میں ان کے تعریفی کا موازنہ نہایت ضروری ہے لیکن ہے کہ یہ ان بصر سکڑ ہو جو، مٹن طور پر بخوبی دیر کے ساتھ بصریت کا مدغم یا فیہ حالت ہو جائے جس کی مدت چند منٹ سے ایک گھنٹہ تک ہو فرض بھری سے نتیجے کے نتیجہ میں موج میں ہو کرتا ہے، ممکن ہے کہ بصریت کی تیزی جزئی طور پر درست رہے مگر عموماً یہ مٹن کرتی ہے، اور کامل مذہاپن بھی پیدا ہو سکتا ہے، آخری درجہ میں حد قہ عین منبسط اور بے حرکت ہوتا ہے، مرض کی کم شدید حالت میں یا درمیانی درجہ میں مٹن بصریت میں نقص لاحق ہوتا ہے۔ میدان بصر ہمہ گزراؤ کی صورت میں سکڑتا ہے، اسٹ اور سبز رنگ کے واسطے منبسطی عہد بات پائے جاتے ہیں، چھٹی مرض کے مطابق میدان بصر کا نصف قطر ہے بصریت ہوتا ہے، یا اس کے نذر دوسرے نقد طے پائے جاتے ہیں، اگر بصریت بہت زیادہ ضائع ہو جائے اور قرص کا نتیجہ نہ ہو تو اس صورت میں اس کا سبب بطن ثلث کے بہت زیادہ پھیلنے کی وجہ سے قطع بھری پر اور اس کے ساتھ بطن بھری پر دباؤ ہو سکتی ہے، یہ عجیب بات ہے کہ معدنی سفیدی سعادت کی صورت میں بصریت کم زائل ہوتی ہے۔ دوسری جگہ کے سعادت سے زیادہ بقہ صغریٰ کے اندر نیچے نا شکل پیدا ہونے کے باوجود ممکن ہے کہ بصریت طبعی ہو۔

تینجی سعات کے ساتھ دوسری علامات سے پہلے غیر صاف بصرات کے حملہ کی صورت میں علامات متذکرہ کا ظہور ہوتا ہے جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ موثر مخفی نقصانات کے اندر دوران خون میں رکاوٹ ہوتی ہے۔ احساسی منتزاع شدہ ٹمپن روشنی کا نظر آنا شاذ و نادر ہی مریضوں میں پائی جاتی ہیں۔

عصبی استہاب ٹمپن یا جمجمی مرض ان دونوں حالتوں میں دونوں ٹمپنیں، ڈاؤٹ ہوتی ہیں مگر مرض دونوں میں ایک ہی درجہ کا نہیں ہوتا جیسے سعات اور کان کے سطحی حصہ کے عصبی امراض میں ڈاؤٹ جانب ورم زیادہ ہوتا ہے، قرض بصری کے بہج کے وقت کا خیال رکھنا ورم کی زیادتی یا کمی کے خیال سے زیادہ ضروری ہے اور اس سے زیادہ مدد ملی ہے جس طرف پہلے پہل یہ بہج نمودار ہو سببنا چاہئے کہ مرض اسی طرف ہے، لیکن اس کے باوجود ممکن ہے کہ ابتدائی طور پر ڈاؤٹ ہونے والی جانب میں دم لاحق ہو مگر ضروری حالت کی وجہ سے ورم میں کسی قدر کمی ہو جائے۔ اگر ایک آنکھ کی قرض بصری میں بہج اور دوسری میں ثانوی ضمور عصب بصری لاحق ہو تو اس کا مطلب یہ ہے کہ مقابل جانب کے فص شامہ، یا فص جمجمی کی مجری سطح پر یا نڈہ نڈہ میں سلعہ موجود ہے۔

ایک طرف عصب بصری کا استہاب قرض بصری کے بہج کے ابتدائی مراح میں جمجمی اسباب اور مجری امراض مثلاً سعات عصب باصرہ یا مجری سعات کی وجہ سے ہوتا ہے۔ علاوہ ان میں مجری استہاب منتشرہ، عصب باصرہ کے نکات میں نزف الدم ہونے سے بھی لاحق ہو سکتا ہے۔

یہ مرض ضمن صورت اختیار کئے رہتا ہے اور انداز مرض اس کا خراب ہوتا ہے، بعض اوقات آتشکی امراض کی صورت میں مناسب علاج سے فائدہ پہنچتا ہے اور بصرات درست ہو جاتی ہے، اگرچہ کچھ کے اندر سلعہ کے تڑپنے کی وجہ سے وباؤ ہوا اور عمل جراحی کے ذریعہ اس وباؤ کو کم کر دیا جائے تو بھی آرام و سکون ممکن ہے، ایسا کرنے سے دوسرے تھے اور بیہوشی میں افادہ ہو جاتا ہے، اور اگر عصب بالکل ضائع نہ ہو چکے ہوں تو بنیادی بھی بہتر ہو جاتی ہے نیز قرض بصری کا ورم جدت خلیں ہو جاتا ہے، شاذ ہی قرض بصری جمجمی حالت میں ہوتی ہے، مگر عموماً اعصاب برید ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے استہاب کے بعد ضمور لاحق ہو جاتا ہے اور مدھن اندھا ہو جاتا ہے، اس مرض کا مدد یعنی قرض بصری کا بہج دوبارہ لاحق ہونا شاذ و نادر ہوتا ہے، تاہم دیکھنے میں آتا ہے۔

تشخیص - شدید حالتوں میں آسان ہے مگر خفیف حالت میں مشکل ہوتی ہے، اگر دونوں قرض بصری کا رنگ

بہت زیادہ مختلف ہو تو گویا کہ تشخیص ہو گئی، مگر معمولی فرق کی صورت میں کسی نتیجہ کا اخذ کرنا صحیح نہ ہو گا۔ بیہوشی سے
بیٹن کیا گیا ہے قرص بصری کے کناروں کی طرف توجہ کریں، درغور سے ان کا موازنہ کیا جائے، اگر محذب یا سہ کو
ستاروں کے کنارے سے صرف نظر آویں تو بعضی ستارے نہیں ہے، مگر سب سے بڑا جس بھی نہ سمجھنا چاہئے جیسا کہ یہ
نہیں ہے کہ اگر کنارے صاف نہ ہوں تو بعضی ستارے موجود نہ ہوں کی وجہ سے بھی کنارے غیر صاف نظر آتے
ہیں، اس لیے انقیاں قرص بصری کے کاذب استار میں جبکہ عموماً بصری حق ہو تو اس کی عادت خفیف بعضی ستارے
سے مشابہ نظر آتی ہے، ایسی حالت میں قرص بصری کے درم کی طرف توجہ کرنا چاہئے۔

نیز، انصباب کی صورت میں اس وقت تک قرص بصری کا ستارہ نہ سمجھنا چاہئے جب تک کہ
درم ۲ بصریہ کا موجود نہ ہو، بعض اوقات زیادہ عرصہ تک مرین کو اپنے سامنے رکھنے اور وقتاً فوقتاً اس کا موازنہ
کرنے کی اس وقت تک ضرورت ہوتی ہے جب تک کہ اس کی تشخیص ممکن نہ ہو جائے۔ قرص بصری کے نتیجے کے وزن
میں مندرجہ ذیل باتیں پائی جاتی ہیں۔

۱۔ قرص بصری کی سرخی بڑھ جاتی ہے اسی کے ساتھ اس کا انحنی کنارہ مدہم ہو جاتا ہے، مگر ہنوز صدفی
کنارہ صاف ہوتا ہے یہ پہلا درجہ کہلاتا ہے۔

۲۔ درم میں زیادتی ہوتی ہے، مضوی گڑھا کا بھراؤ شروع ہوتا ہے، قرص کا صدفی کنارہ بھی داؤن ہو کر
مدہم پڑ جاتا ہے، چار طرف کے شبکیہ میں درم کی زیادتی شروع ہوتی ہے اور شبکیہ کی درمیں بے قاعدہ طور پر پڑ
نظر آتی ہیں، طبعی حالت سے زیادہ سیاہ دکھائی دیتی ہیں، یہ دوسرا درجہ ہے۔

۳۔ نتیجہ بہت زیادہ بڑھ جاتا ہے، قرص نمایاں طور پر اٹھی ہوئی اور بڑی نظر آتی ہے، نتیجہ، انحنی کناروں
کیوں کے۔ نہ نظر آتے ہیں، متورم شبکیہ کا نتیجہ بھی لکیروں کی صورت اختیار کرنا ہے، بالخصوص یہ حالت بقیہ صفروں
اور قرص بصری کے درمیان پائی جاتی ہے، شبکیہ کی درمیں نمایاں طور پر پڑ نظر آتی ہیں، اسی کے ساتھ شبکیہ میں عابث
نزنی مقامات پائے جاتے ہیں، یہ تیسرا درجہ ہے۔

۴۔ قرص بصری نمایاں طور پر اٹھی ہوئی معلوم ہوتی ہے، اس کی شکل مٹی کے ڈھیر سے مشابہ ہوتی ہے،
سرخی اور نتیجہ غائب ہونا شروع ہو جاتا ہے اور یہ غیر شفاف ہو جاتی ہے، متورم قرص کے اندر ادا و پرا انصباب ہوتا ہے۔

نزنی مقدار، حجم در تعداد میں بڑھ جاتے ہیں، یہ مرض کا چوتھا درجہ ہے

دہانتیج قرص کے اندر عروق کم ہونا شروع ہو جاتے ہیں، رنگ ہلکا پڑ جاتا ہے، انجری کم ہو جاتا ہے اور بعض اوقات کم نہیں بھی ہوتا، بنی ہر شبکیہ کی شرائین مقبض معلوم ہوتی ہیں ان کے گرد کے مفاوی خفایا دہیز ہو جاتے ہیں، شبکیہ کے اندر فادی تغیرات کے نشانات ملتے ہیں، خاص کر یہ نشانات بعقد مفاوی کے مقام پر پائے جاتے ہیں، یہ مرض کا پانچواں درجہ ہے جو کہ آخری جیسے درجہ میں منتقل ہو جاتا ہے جس کو صنوبر قرص بصری (Papillitic atrophy) کہنا مناسب ہے۔

اسباب۔ اس کے دو سبب ہیں ایک عصبی التهاب شبکیہ اور دوسرا، امراض جعجی۔

(۱) جعجی امراض اس کا بہت ہی عام سبب ہیں، ایساں تک کہ ۸۰ فی صدی آنکھوں میں ان ہی کی وجہ سے یہ مرض لاحق ہوتا ہے، کسی قسم کا جعجی سلعہ جو کہ کسی مقام پر ہو قرص بصری کا نتیجہ پیدا کر سکتا ہے مگر جو حسرو مانع Medulla oblongata کے سلعات اس سے مستثنیٰ ہیں، زیادہ تر جو سلعات اس کو پیدا کرتے ہیں وہ وسطہ دماغ کے ہوتے ہیں، بخمخی اور جانبی موزری سلعات بھی اس کا باعث بنتے ہیں،

قرص بصری کے نتیجہ کو سلعہ کی قسم اور اس کے حجم سے کوئی نسبت نہیں ہوتی، سلعہ کا حجم صرف دباؤ کے لحاظ سے زیادہ اہم ہوتا ہے کیونکہ سلعہ حجم میں جب قدر زیادہ بڑا ہوگا اسی قدر زیادہ دباؤ برٹھے گا، بعض ماہرین نے بیان کیا ہے کہ قصر بصرہ والی آنکھوں میں نتیجہ قرص بصری کم لاحق ہوتا ہے مگر ہمارے خیال میں یہ قول غلط ہے۔

(۲) دوسرا سبب التهاب سمائی ہے، جو نتیجہ قرص بصری پیدا کر سکتا ہے، جوف کفنی میں خون کا انجی، د، اور ہما، استسقا، جعجی وغیرہ بھی اس کو پیدا کر سکتے ہیں، جراثیمی ہیئت کا انجذاب اس کے علاوہ ستمہ ادم بھی اس کا بڑا سبب ہے،

مرض آتشک بھی مقامی التهاب سمائی کے مانند اس کے پیدا کرنے کا سبب ہو سکتا ہے، اور اندرون مجلیہ رام صمغی بھی یہ حالت پیدا کر سکتے ہیں، اور یہی عام سبب ہوتے ہیں، قرص بصری کے التهاب کا باعث حادثیاتی امراض بھی ہوتے ہیں مگر استثنائی صورتوں میں لیکا یک خون کے ضائع ہونے سے لاحق ہونے والا عا د فقر الدم بھی اس کا

بعث ہو سکتا ہے بعض سمیت مثلاً یہ۔ درد دوسرے جز۔ چونکہ نعلی نفع بنتا رہتا پیدا کر سکتا ہیں، ان کی وجہ سے
جی میں اوقات یہ منزل لائن ہوتا ہے، مصل انہیں اسکو۔ حق ہوئے ہوتا تھا، دکتا، ہرین سنا، کچھ بہت بعض
ہرین نے امتیاز طشت کو بھی اس کا سبب بیان کیا ہے مگر ہر خیز سن کر یہ باب شکوک میں رہا کہ ان میں سے
بعض اسباب اس کا سبب پہلے خیز کے لئے لیکن بعد میں۔ دوسرے شدید نم کے مصل۔ پتلا لنگی یون
مکن ہے کہ بعض حالتوں میں شخص کرسے والوں سے نعلی سے یہ مصل قرار دیا ہو۔ درد وجود، اتنا اب نہ یہ بھی
ی۔ ہی ہو۔ اگر نال مئی شوکی مسلسل ناک کے راستہ خارج ہوتا رہے تو یہی حالت میں جی تھپ ہیری کا فیض تہاب
ماسب۔

جھجکی بد وضعیاں، امداد الاراس ۱ Oxycephaly، دردنی مجوی سعادت، غرہ منہ، متاسب
غٹ را غفلہ، ولیہ اور عصب ہرہ کے سعادت کا اثر ہوا، اسطرح قرض بشری پڑتا ہے

تشنہ صحیح مرضی عصبی، متاسب بگیہ میں قرض بصری کا مصلق متاسب پڑتا ہے۔ درہتی کو اس میں اہمیت
ہوتی ہے کیونکہ بقعہ مصفویہ کے مقام پر دریدوں میں خون کی بجائی میں رکاوٹ پیش آتی ہے۔ نفلان قرض بصری
کے زیادہ تر مریضوں میں اس کا سبب پہلے صرف مادہ تیج ہوتا ہے جس کے ساتھ متاسب بالکل نہیں پڑتا بعد
کے مابح میں مکن ہے کہ کچھ امتیازی رد عمل بھی پیدا ہو جائے، مثلاً گریٹ بیضہ، دغیرہ کا، انصباب جس کی وجہ نگرہ
و ن سبوں کی خواہش ہوتی ہے، تیج پہلے طبقہ مصفویہ میں ظاہر ہوتا ہے درای کے ساتھ عصب کے محطی سر سے جی
متیج ہو جاتے ہیں، اس کے بعد طبی قعر بھرتا ہے اور اندر کی طرف محدود کرسے والی غٹ۔ پنی جگہ سے ٹکراتی
ہے۔ بقعہ مصفویہ میں عصبی یفی پرت کے اندر تیج کی وجہ سے نکھانا شکل پیدا ہو جاتی ہے، اور اندر کی طرف محدود
کرسے والی غٹ کے چنٹوں کی صورت میں ٹٹنے سے بھی ایسا ہوا کرتا ہے، بہرہ اسے شکی پرت میں بھی تیج لاتی
ہو سکتا ہے مگر اس کے اندر بڑے بڑے کیسی جوف نہیں ہوتے، ایسا کہ ذالی متاسب بگیہ میں ہو کر سکتے ہیں،

کبھی ام جانیہ کے نیچے تیج ہوتا ہے مگر اس مقام سے دور جہاں پر کہ شریں مرکزی دخیل ہوتی ہے، در
مقام سے اس طرف عصب جمعی حالت میں ہوتا ہے۔ یہ عجیب بات ہے کہ مرکزی شریں جس مقام پر جاتی اور
تحت انکوتی جوفوں میں سے گذرتی ہے وہاں پر یہ بالکل چکی ہونی ہوتی ہے یعنی اس کے اندر جوف بہت کم ہوتا

سبے بعض اوقات عقد کے پیچھے تھکتے ہوئے جوف بہت زیادہ انتفاخی حالت میں پایا جاتا ہے بعضی ایات پھوس جاتے ہیں اور دوسرے صورت اختیار کر لیتے ہیں، اس کے بعد ان میں فساد کی تغیرات شروع ہو جاتے ہیں۔ مگر یہ طبقہ مصفویہ کے پیچھے نہیں نظر آتے بعضی سنج دھل میں رکا کر ہوتا ہے اور عروق کے گرد جنبی وسطی طبقہ سے حامل شدہ سنج دبیز ہو جاتے ہیں۔ آجی امراض کی مجلس صورتوں میں یا مخصوص جبکہ التهاب سبائی ہو تو دوسرے سنجے کو آتا ہوا التهاب بعضی پایا جاتا ہے جس کے ساتھ عصب باصرہ کا صادق التهاب بھی مشارکت کرتا ہے۔

جھجکی امراض میں سنج پیدا کرنے والے وجوہ ہنوز فیصد طلب ہیں، مگر اس میں کوئی شک نہیں ہے کہ ایسی حالتوں میں جھجکی ضغط کا ترو بنانا نمایاں علامت ہے۔ اور اسی برہمنے ہوئے جھجکی ضغط کی وجہ سے سنج پیدا ہوتا ہے، اس کی تصدیق اس امر سے جی ہوتی ہے کہ دباؤ کے کم ہو جانے پر دبیا کہ کھوپری میں عمل جرحی کے ذریعہ سورخ کر دینے پر ہوتا ہے، قرص بصری کا سنج غائب ہو جاتا ہے۔ اگر غذہ تمامیہ کے سلعہ کے دباؤ کی وجہ سے دماغ کے ایک طرف کے جوف مہلی کا قلع دوسری طرف سے منقطع ہو جائے تو اس طرف کی آنکھ میں یہ سنج نہیں پیدا ہوتا۔ مگر جزی یا کلی ثانوی ہنوز عصب بصری میں لاحق ہوتا ہے۔

مختلف، ہرن نے اب تک قرص بصری کے سنج کے متعلق ذیل کے نظریات بیان کئے ہیں۔

۱۔ یہ سنج محض التهاب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ مگر خوردبینی معائنہ سے شہادت اس کے خلاف حاصل ہوتی ہے۔

۲۔ عروقی اعصاب کے اندر تغیرات کا ظہور اس کا سبب ہوتا ہے، اس نظریہ کی موافقت میں ہمارے پاس

کوئی شہادت نہیں ہے۔

۳۔ شریانی فقر الدم اس کا سبب ہوتا ہے جس کی وجہ سے قرص بصری کے اندر مختلف اجزاء کے انجذاب

میں تبدیلی واقع ہوتی ہے۔

۴۔ مفادی دوران کے بند ہونے سے یہ حالت پیدا ہوتی ہے، اندرونی جوف مہلی کے ذریعہ یہ مفادی

رطوبت واپس نہیں جا سکتی۔

۵۔ طبقہ مصفویہ کے اندر سے سائل مخی شکی دباؤ کے ماتحت عصب بصری کے اندر آ جاتا ہے۔

۶۔ عروق کے اوپر دباؤ کا ہونا اور مقامی احتقان کا پایا جانا خواہ یہ طبقہ مصفویہ میں ہو یا جوف مہلی کے اندر

ہمارے خیال میں اس نتیجہ کی وجہ غالباً یہ ہے کہ کم کرمی عروق جب مہل جوت سے گزرتے ہیں تو یہ عروق
جس کی وجہ سے ویدیں پکپک جاتی ہیں۔ درشت ریت کی دیواریں چونکہ مونی ہوتی ہیں اس سے خون کے ذریعہ
نہایت گراہر ننگے میں رکاوٹ ہوتی ہے اس کی وجہ سے نتیجہ رد نما ہو جاتا ہے۔

علاج۔ عصب باصرہ کے تہاب میں صلب کا مٹن کو باہر سے انعامی علاج سے کوئی نہ دے۔ وہیں گورتی ہوئی
زال کا صیف کی تمام تدبیر اختیار کی جائیں مثلاً تیز روشنی سے آنکھوں کو بچائیں، بصارت کے علاج ہونے سے پہلے
جھنجھکیاں کو کم کریں، کسی کے ساتھ سلعہ کو مل جرحی کے ذریعہ نکال دیں۔

اگر مقامی علامات نمایاں درد واضح ہوں تو سلعہ کے محاذ میں جھج میں سواٹ کر دیں، درد گمراہات واضح درد
مستقیم نہ ہوں اور دباؤ کی وجہ سے دماغ کا کوئی خاص حصہ مائل ہو جائے تیس کی مدتیں علاج ہوں تو ایک تھوڑا
سورخ خارج انجم کے دہریچے صیا موقت ہو جایا جائے، یہاں کرنے سے دماغ کے اندر دباؤ و نتیجہ دماغی بھی کم ہو جائیگا
مقامی علامتیں ظاہر ہو جائیں گی اور آئندہ علاج میں اخراج سلعہ کے لئے مناسب اپریشن ممکن ہو جائیگا۔ دماغ کے ذرات
ہوئے عصب خامس پر اگر گھیس دباؤ پڑے تو عضلات مستقیمہ وحشیہ کا استرخا راجی ہوتا ہے۔

اگر دماغی دباؤ کو جلد کم کر دیا جائے تو بصارت کا باقی رہ جانا ممکن ہے۔ دباؤ کے زائل کر دینے کے بعد بصارت
بہت جلد ترقی کرتی ہے، اگر اسی وقت جبکہ جھج دباؤ بالکلیہ رفع ہو جائے، اس کوئی کرنے کے لئے صرف جھج کا کھوسا ہی
کافی نہیں ہوتا۔ بلکہ ام باغیہ میں بھی شکاف دینے کی ضرورت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ نتیجہ کے زائل ہونے کے بعد جس
بصارت زیادہ واپس آئے، جس کی وجہ یہ ہے کہ قوس بصری میں تعصب اور کاثر پیدا ہو چکا ہے، اگر مذکورہ اپریشن
کے زیادہ ہو جانے تک نہ کیا جائے، اور انصباب بڑھ جائے نیز بصارت نمایاں طریقہ پر تریب ہو جائے، انصوب
نتیجہ اور ضمور کی علامات نمایاں ہونے لگیں تو بصارت کے اور زیادہ کم ہو جانے کا احتمال رہتا ہے، اپریشن کے بعد اس
بصری کا نتیجہ بہت جلد غائب ہو جاتا ہے۔ ایک یا دو ہفتہ میں تبدیلی نمایاں ہوتی ہے، مختلف مریضوں میں یہ مدت کم
میش ہوتی ہے، اگر دماغی خراج پیدا ہو جائے تو اپریشن کے بعد عارضی طور پر التہاب قوس بصری اور درمیانہ زیادہ ہو جاتا ہے
لیکن اس سے انداز مرض میں کسی نقصان کا اندیشہ نہیں ہوتا۔

عصب باصرہ کا

خلعت المقلہ التهاب عصب باصرہ - Retinal at neuritis

بحری صفت متب ہو سکتا ہے۔ اور یہ انتہا بردہ پیش کی رختوں سے بڑھ کر عصب باصرہ میں پیدا ہوتا ہے۔ اس انتہا کی ایک حالت مادی عرضی ہوتی ہے۔ اور دوسری ضمن جس کے کسی سبب کا پتہ نہیں چلتا۔ مؤخر الذکر حالت کو ہم اس سے قبل سنی صفت بصرہ کے نام سے موسوم کر چکے ہیں، اور یہ بھی بنا سکتے ہیں کہ اس کا سبب تکیہ کا ابتدائی مرض ہوتا ہے۔

عصب باصرہ کا حادثہ انتہا عموماً ایک آنکھ میں ہوتا ہے، مریض کی بصرات یا ایک خراب ہو جاتی ہے، بصرات کی خرابی بدنیہ دن میں زیادہ ہوتی رہتی ہے۔ آنکھ کو حرکت دینے پر بعض اوقات درد بھی ہوتا ہے۔ اگر مقدمہ میں کو دبا جائے تو درد بڑھ جاتا ہے، اس کے ساتھ مع عصبی درد دوسرے ہوتا ہے۔ منظر زمین سے موعہ کرنے پر ممکن ہے کہ قعر یعنی ضعیف حالت میں دکھائی دے، اسی وجہ سے بعض اوقات اس حالت کا صحیح اندازہ مشکل ہوتا ہے۔ درختان میں ضعف بصرات کی وجہ سے افتقار الزمرہ ہستیریا کو تجویز کرتے ہیں۔ مگر جب امتحان باقاعدہ و رختوں کے ساتھ کیا جائے تو تشخیص میں غلطی کا امکان رفع ہو جاتا ہے۔ یہ تشخیص صدقہ میں درمیان بصر کے معائنہ پر منحصر ہوتی ہے، مریض سے پوچھنا پوچھنا کہ کبھی اس کو جوں تو رخت نہیں تھا۔

شروع شروع میں سرسری نو پڑ گئے سے صدقہ میں کار عمل (بلاد اسطہ اور نوری انعکاس دونوں طریقہ پر) بھی معلوم ہو گا۔ اسی طرح توفیقی انعکاس بھی طبعی معلوم ہوتا ہے۔ مگر غور کرنے پر پتہ چلتا ہے کہ ماؤف جانب کی آنکھ کا صدقہ میں نوری انعکاس میں سکڑتا ہے۔ لیکن جب سر روشنی آنکھ پر ڈالی جائے تو یہ انعکاس قائم نہیں رہتا۔ یعنی منقبض ہونے کے بجائے آہستہ آہستہ صدقہ میں پھیل جاتا ہے۔ بشرطیکہ روشنی آنکھ پر پڑتی رہے، اگر یہ رد عمل خوب واضح ہو تو تشخیص کے لئے نہایت اہم ہے۔ میدان بصر کے معائنہ کو سنے پر مرکز میں عمتہ پایا جاتا ہے، ممکن ہے کہ یہ کل ہی بے بصرات ہو۔ نہ صرف رنگوں کے سے اس میں نسبتی انداز پتہ موجود ہو۔ عمتہ ہمیشہ مرکزی نہیں ہوتا۔ بلکہ مرکز کے کنارے پر بھی ہو، بہت اذیت بخشی قطع یہ علاقہ کی قدرت اختیار کر سکتا ہے۔ یہی بصرات بھی خراب ہوتی ہے، مکمل اندھا پن بھی پایا جاسکتا ہے۔

بعد کے مریض یا شدت مرض کی حالت میں منظر زمین دای معلومات بھی رونما ہو جاتی ہیں، اور بدیں پھول جاتی ہیں اور شہ یایوں کا جھکھم ہو جاتا ہے۔ قرص نیلوی کا انتہا بھی موجود ہوتا ہے۔ یہ انتہا وسط درجہ کا ہے قسم کا ہوتا ہے، اگر مقدمہ میں کے پیچھے ہی عصب باصرہ ماؤف ہو تو ان کا پتہ جاننا زیادہ ممکن ہے۔ ان ابتدائی علامات کے

ماتریوں سے جو عصب باصرہ کا غمورہ شائع ہوتا ہے۔ کہ نفع مقدمہ کتاب مقدمہ ہو کہ نتیجی یافت ہو جو بصر میں
فائدہ دیتا ہے۔ نہ صرف دنیا کی طرف اشارہ کرتے ہیں بلکہ ان کی طرف بھی توجہ دیتے ہیں۔ نفع مقدمہ کتاب مقدمہ
بصر میں بہت ہی کم ہوتا ہے۔ اس کو خلق ان یافت نہ صرف دست پہنچو تو بصر میں بہت ہی کم ہوتا ہے۔ اس کو
جانتے ہیں،

تجربہ سے یہ پتہ چلتا ہے کہ مقدمہ مذکور کے اندر مقدمہ یعنی غلیظت بہ نسبت غلیظت مقدمہ کے ہوشیاری
کے اندر ہوتے ہیں۔ تکی اجزاء سے بلند تر ہوتے ہیں۔ یہ حالت ان یافت کی غرض سے مقرر ہے جو کہ قوی یعنی ہوش
کے اندر پہنچا جاتے ہیں، اور جہاں کہیں ان پر کمیت کو اثر ہوتا ہے یہ قبول کر لیتے ہیں۔ اس نے نفع مقدمہ کتاب
مقامی و عمومی بصر کی علامات یکساں نظر آتی ہیں۔

نفع مقدمہ کتاب عصب باصرہ کے کہ باب مقامی اور عمومی دونوں قسم کے ہوتے ہیں، مقامی باب
میں درمغش را حطی یا کتاب جوٹ یعنی یہ وقت مقدمہ سے بڑھ کر اس کے اندر پیدا ہو سکتا ہے اس کے علاوہ
باک کے اندر گروہی جوٹ ہوں تو ان کو بھی خیرالکھیں۔

عصب باصرہ یا مجھ کے اندر زوت درم اور قعدہ جی کا سرخس میں شقیہ بصری بھی شامل ہوں سب مقامات میں
مادہ کتاب کی حالت پانی جاسکتی ہے، اندہ تمامیت سے بڑھ کر ہونے یا اس کے اندر پیدا ہو جانے سے قطع بصری پر
دباؤ پڑتا ہے، اس طرح دماغ کے جہی نفس کے اندر پیدا ہونے سے جبکہ وہ ایک ہی طرف کو ہو تو ابتدائی مدارج
میں نفع مقدمہ کتاب عصب باصرہ کی ایسی علامتیں پیدا ہوتی ہیں۔

عمومی مریض جو کہ نفع مقدمہ کتاب عصب باصرہ پیدا کرتے ہیں۔ ان میں جزیری عصب دماغی و نخاعی بہت
متاثریت رکھتا ہے۔ ایسی صورت میں کتاب عصب باصرہ سب سے پہلے رونما ہوتا ہے۔ مذکورہ بالا امو کے
علاوہ مندرجہ ذیل اسباب بھی اس کو پیدا کرتے ہیں۔ دماغ مغفل۔ سردی گندا، ذیابیس، مندی امراض جسم کے
اندہ یعنی مراکز کی موجودگی، مثلاً کتاب لثہ، معالہ کے اندر کے عظمی مراکز وغیرہ۔

موخرالذکر حالت میں مادہ مرض باب ہوتا ہے۔ دونوں آنکھیں ایک ساتھ ماؤت ہو سکتی ہیں درمیکے بعد
دیگر نہ جی، اس سے قبل بائیں مقابل میں یا اسی جانب عصب و جہی کا خطی سترخا راجع ہوتا ہے، اندر مرض کا

مغصہ جب پڑتا ہے دینا اس امر کو بھی دخل ہے کہ ہم اس کا مقابلہ کرنے کے قابل ہیں یا نہیں۔ لیکن یہ طور پر غذا
مرض پیدا ہوتا ہے۔ بے شمار بیماری قلعہ دہائی کی صورت میں اگر عصب ماؤت ہو تو کامل اندھا بن سکتا ہے اور
یہ پیدا ہوتا ہے۔

ملاح۔ سبب کو معلوم کر کے اس کا ازالہ کریں، مثلاً اورنگ کے اندر اگر تھنی مرکز ہو تو اس کا تدریجاً
بے تیزی روشنی سے آگے کو بچایا جائے۔ کام کاج مریض سے ترک کرادیں۔ آنکھیں یہ دینا ذرا جاسے، اگر سبب اس
کما حقہ پتہ نہ چلے تو یہابی مرکبات ایوڈائیڈ، سیلی سیٹ، اسکے مریضات، پسینہ، سنے دال، دوائیں اور حرکات اعتدال
کریں۔ مگر کو نوشی بند کر دی جائے، ذیابیطس کی صورت میں مناسب غذا دینا اور نیوکلن کی تخلیق کی جائے۔

موروثی التماہب عصب باصرہ۔ موروثی ضمور عصب باصرہ بھی اسی کو کہتے ہیں، یہ خفہ المقیہ التماہب
باصرہ کی ایک قسم ہے، جو کہ ۲۰ سال کی عمر میں شروع ہوتی ہے، اس مرض کا درجہ ماں کی طرف سے اصل ہوتا
ہے۔ عام طور پر اس میں بڑے بڑے متلا ہوتے ہیں شاذ و نادر لڑکیاں بھی مبتلا دی گئی ہیں۔

ابتداء میں بصر بہت بہت جلد خراب ہوتی ہے، اس کے بعد آہستہ آہستہ اور پھر بصر تدریجاً خراب ہوتا ہے
یا تدریجاً بہتر ہو جایا کرتی ہے، ہمیشہ دونوں آنکھیں ماؤت ہوا کرتی ہیں۔ لیکن یہ کہ ماؤت پہلے ایک آنکھ میں اور پھر
دوسری میں بھی لاحق ہو جائے۔ دوسری آنکھ بھی۔ کہہ کے ماؤت ہونے کے بعد ایک یا دوسرے ماؤت ہونے کا وقت
ہوتی ہے۔ ۲ مریضوں میں مرکزی جملہ متا ہے، جس میں خرابی پورے پرزنگوں کے ساتھ باغیوں سنید رنگ کے ساتھ
جن پایا جاتا ہے۔ جھپٹی میدان بصر عملاً البصری حالت میں ہوتا ہے، مگر دائرہ نما سکرنگ ہے، اس کے اندر شلی قطعات
کی صورت میں نقائص منسکتے ہیں، لیکن یہ کہ مستقل طور پر مریض بالکل جی رنگ کی تیز نگہ کر سکے، دوران مرض میں
ایک فائدہ ان کے مریضوں میں یکساں خصوصیات پائی جاتی ہیں۔ شروع میں تحریراتی مہمی حالت میں ہوتا ہے یا دھڑلہ
کے کنارے کسی قدر مدہم نظر آتے ہیں، بعد کے مراح میں مریضوں کے بعد عصب باصرہ کا ضمور رونما ہوتا ہے، جس کے
ساتھ مدغی جانب کا رنگ قرص بصری کا ہلکا پڑتا ہے، اور کبھی تمام قرص اس کا شکار ہوتی ہے، درودہمہ تحقیقہ
کے علاوہ مریض کی عام صحت اچھی ہوتی ہے، بعض مریض کا خیال ہے کہ اس مرض کا سبب ذرا خامیہ کے اندر کے
ماریضی تغیرات ہیں۔ کیونکہ ان کے ماتحت قواطع بصری پورے پڑتا ہے۔ اور سابقہ ہی اس کے مریض کی تناسلی

نذر کی میں بھی تغیرات پیدا ہوتے ہیں۔ اگر یہ ضروری حالت ہو تو اس کا علاج مدد و رقیہ درختی میں کہ غور سے
لکھنے سے بہتر ہوگا۔

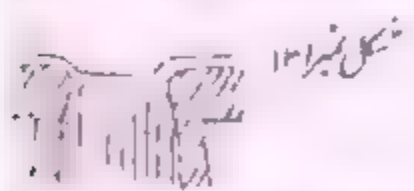
عصب باعصرہ کی صورت میں اس حالت کو دوسرا کہتے ہیں جس میں عصب
باعصرہ کے ذریعہ تپید یا بوجہ سے ہیں۔ جو پہلے ہیون کرچے ہیں کہ اگر عصب کو ضربانی یا کسی
پہنچے جس سے کہ کہیں عصب تپا ہو یا میں در یہ حالت میں شکبہ سے یکر ہر دانی جسم متعلقہ کے درمیان میں ہی
جو تو عصبی رات کے نذرانہ در تغیرات دن و شب کی دو طرفت پیدا ہوتے ہیں۔ اصولاً صرف ان رات گف دی
تغیرات ہونا ہوتا ہے۔ دماغ کی طرف بار سے ہوں کیونکہ کسی رات کا عصبی و تپا ہوتا ہے۔ اگر یہ رات
اس عصب سے متعلق ہیں۔ عام مشقی مرض میں یکہ عصبی تغیرات تپا ہو جاتے ہیں تو عصب باعصرہ لاحق ہوتا
ہے۔ یہ کہ عصب شکبہ ہو یا تغیرات میں ہوتا ہے۔

مجر کے نذر عصب سے تپا ہو یا بوجہ سے پر ہی ہی حالت پیدا ہوتی ہے۔ بشرطیکہ تغیرات عصبی پر عصب باعصرہ بھی اس کی
دہ سے کوئی یا شدید متعلق التهاب لاحق ہو۔ لیکن یہ کہ کوئی عصبی پر رات کا تسلسل متعلق ہو جائے اور یہ
عصب قریبی عصبی التهاب قریبی یا پہنچ قریبی عصبی کہ تپا ہو کیونکہ ان وجوہ سے رات اس قدر پہنچ جاتے ہیں
رات کا تسلسل جاتا رہتا ہے۔ چونکہ ان مرضی حالت میں غرض تپا ہوتی جاتی ہیں اس سے ان کو عصب باعصرہ لاحق عصبی
Post neuritic atrophy کہتے ہیں۔

اس کے علاوہ ایسی صورتیں بھی ہیں جن میں اس سے قبل شدید مقامی التهاب نہیں ہوتا۔ بلکہ یہ عمومی
اعتلال کے ساتھ پائی جاتی ہیں اور مرکزی نظام بھی میں لاحق ہوتی ہیں یا بعض اوقات بنیادی سبب کے بھی پیدا ہوتی
ہیں۔ ان حالتوں کو ہم ابتدائی عصب باعصرہ کہتے ہیں۔ لیکن ان کے ذریعہ معائنہ کرنا اور مخصوص مددیں ضروری پالی
جاتی ہیں۔ ان میں سے قریبی سہلک کا پھیکا پڑنا، نیز ہر دانی کے ذریعہ تغیرات کے عصبی قریبی عصبی کو رنگ پھیکا
پڑنا، سبب کے مختلف قسم کے عصبی میں کو رنگ مختلف ہو سکتا ہے۔ رنگ کو پھیکا پن ساری میں پایا جاتا ہے
اس کی حالت کی مرکزی سفیدی سے ضرور تمیز کرنا چاہیے۔ یہ بین اوقات بعضی قسم کے عصبی باعصرہ میں ہے
عروق کے ذریعہ ہمیشہ انقباضی تغیرات لاحق ہوتے ہیں۔ اگر لیکن یہ تغیرات بالکل نہ ہوں۔

نکستری بنال کے سینوں میں پیدا ہونے والے ابتدائی صنوبر عصب باصرہ میں قرص بصری کا رنگ خاکستری یا سفید ہو سکتا ہے، بعض اوقات اس میں سبزی مائل، ننگ یا نیلگوئی بھی معلوم ہوتی ہے، قرص بصری کے اندر نشانے ہوتے ہیں، اس کے کنارے صاف نمایاں ہوتے ہیں، شبکیہ چاروں طرف طبعی حالت میں ہوتا ہے، ایان کے، ذرات غیرت کی وجہ سے قرص بصری کے اندر خفیف صنوبری تحریر بھی پایا جاتا ہے، اس کو ذرات ال کے قرص سے

تیز کرنا بہت ضروری ہے، یہ کم گہرا ہوتا ہے، اور پیٹھے ہوئے پیالہ کے مانند ہو کر رہتا ہے، اس کے اندر عروق معمولی طور پر ترسے ہوئے



ہیں، ان کو برفند زمین کے ذریعہ نہیں ناپ سکتے، طبقہ مصفویہ اس حالت میں پیچھے کو نہیں ہٹا ہوتا، مردق طبعی حالت میں ہوتے ہیں یا معمولی طور پر دکھایا گیا، لیکن طبقہ مصفویہ پیٹھ سے تیز پٹنے ہو جاتے ہیں۔ عام طور پر دونوں آنکھیں ماؤٹ ہوتی ہیں۔

نافع المقہ التهاب کی وجہ سے جب ثانوی طور پر عصب باصرہ کا صنوبر لاحق ہوتا ہے تو یہ بھی تھکنا ابتدائی صنوبر سے مشابہ ہو کر رہتا ہے، مگر اس میں رنگ زیادہ ہلکا پڑ جاتا ہے، اور عروق خاص طور پر سکڑے ہوئے یعنی پٹے نظر آتے ہیں۔

یشمید اور شبکیہ کے مرض کی وجہ سے جب ثانوی طور پر یا بطور تہمتہ کے صنوبر لاحق ہو جیسا کہ التهاب شبکیہ میں آخری مارج میں بیان کیا جا چکا ہے تو قرص بصری کا رنگ زردی مائل دم کی طرح ہو جاتا ہے، کنارے کم نمایاں ہوتے ہیں، عروق بہت زیادہ سکڑے ہوئے یعنی پٹے ہو جاتے ہیں، ایان تک کہ بعض اوقات بالکل غائب ہوتے ہیں، اس قسم کا صنوبر شبکیہ کے عروق کے شدید امراض میں دیکھا جاتا ہے، التهاب عصبی کے بعد کا صنوبر مکن ہو کہ عروق اقسام سے بالکل تیز نہ کیا جاسکے، مگر علامات اس قدر نمایاں ہوتی ہیں کہ اس کی تیز عمل نامکن ہوتی ہے، جس کا مجموعہ اس امر پر ہے کہ انصباب کے انجذاب پر کچھ یعنی ساخت قرص بصری پر بن جاتی ہے، جس کی وجہ سے طبقہ مصفویہ کیا نہیں دیتا، اس کی وجہ سے قرصی تحریر ابھرتا ہے، یہ یعنی ساخت کناروں پر پھیل کر ان کو بھی غیر صاف بنا دیتی اور عروق کے ساتھ ساتھ پیدا ہونے کی وجہ سے ان کی محیطی فلاؤں کو دبیز کر دیتی ہے، جس کی وجہ سے عروق کے سکڑنے پر ان کی حالت ایسی ہو جاتی ہے گویا کہ ان کا گلا گھونٹ دیا گیا ہے، اسی وجہ سے شرائین خاص طور پر

سکڑی ہوئی معلوم ہوتی ہیں اس سے قبل قمر البصری کے گرد تمام شبکیہ کی وجہ سے غلبہ شدہ کی یہ مستقل
 کیفیت نظر آتے ہیں۔ اسے فیزیکی تیز رفتاری کی صورت اختیار کرتے ہیں۔ یہ وجود ہوں تو ہر لمحہ شبکیہ کی
 اس کے قبل تمام قمر البصری موجود ہیں۔ مگر جب یہ شبکیہ ہوں تو یہ نیل رنگا ایک امر موم ہوتا ہے، رد عمل کے طور
 پر یعنی سخت کی پیدائش مختلف مہینوں میں مختلف کیفیت رکھتی ہے، اور یہ پیدائش ہر وقت ہوتی ہے۔ بہت بڑبڑ
 ہوتی ہے۔ یہ خیال رہے کہ بعض حالتوں میں ہی قمر البصری کے اوپر یعنی سخت مختلف طور پر پانی پانی ہے، اور
 خصوصیت کے ساتھ فحشی طور پر قمر البصری کا بعضی تعریفی سخت سے بھرا ہوا پایا جاتا ہے جس کے ساتھ یعنی غوطہ
 عرق کے ساتھ باہر کی طرف پھیلے ہوئے نظر آتے ہیں۔

کلی طور پر عصب باندہ میں مدد میں پھیلے ہوئے اور سب حرکت ہوتے ہیں، اور بعض انداز ہوتا ہے، فیزیکی
 قارب ہوتا ہے، اگر صرف تھکد میں یہ مرعہ ہو تو شہ کی اندکاس زری زیادہ تر ہوتا ہے۔ بڑی صورت عصب باصرہ
 میں مرکزی بصارت بہت خراب ہو جاتی ہے۔ میدان بصر حلقہ نما صورت میں محیط کی طرف سے مرکزی صورت کم ہوتا ہے،
 اس میں غٹے موجود بھی ہوتے ہیں اور نہیں بھی ہوتے، یہ غٹے نسبی اور کئی دونوں قسم کے ہو سکتے ہیں، ان کو عصب یعنی
 کے اسباب پر ہے۔

بدانی صورت میں مرعہ آہستہ آہستہ بڑھتا ہے، اور مہینوں دیر سوں کے بعد ختم ہوتا ہے، مرعہ بالکل اندک
 ہو جاتا ہے۔ منتظر مرعہ سے معائنہ کر کے بصارت کے متعلق کوئی فیصلہ نہیں کیا جاسکتا، لیکن یہ کہ صورت کی تمام
 حالتیں موجود ہوں اور اس کے باوجود بصارت کافی حد تک باقی رہے۔

بدانی صورت کا خاص سبب ہزل ہے، اور ہزال اس کی سب سے پہلی علامت ہو سکتا ہے، دوسری
 علامتیں ممکن ہیں کہ عرصہ کے بعد پیدا ہوں۔ مرعہ کا معائنہ نہایت غور سے کیا جائے۔ اور آنشک کے امکاں، رنگائی
 رابریشن کے مدتی رد عمل کی موجودگی، رگی، اندکاس کا قارب ہونا، عصب فاس کی تحدید، تفاعل و سرانید کا مثبت
 ہونا، شہ کی حرکات کا غیر منظم طور پر پایا جانا، کو ہمیشہ مد نظر رکھیں۔

اگر ہزال کی صورت میں عصب باصرہ کا صورت بدلتا ہو تو ان مہینوں میں عدم ضبط حرکات کا ظہور بہت زیادہ
 میں ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا۔ تبصرہ اس امر کا شاید ہے کہ اس عدم انقباض حرکات یعنی کا ظہور دیر میں ہوتا ہے

آیندہ تغیرات میں کوئی فرق نہیں پایا جاتا۔

یہ میں دونوں آنکھوں میں ہوتا ہے، مگر ایک میں کم اور دوسری میں زیادہ، یا تاخیر یا تیزی یعنی صور پر مرض انداز ہو جاتا ہے گو یہ کہ منور عصب باصرہ ہمیشہ بڑھنے والا مرض ہے۔

سابقہ بہرین کا نیا فرق کہ اس مرض میں شبکیہ کے عقدی عصبی غلیات پہلے، اذیت ہوتے ہیں، اگر اب ہر پاس متعدد شبکیہ میں مرکز موجود ہیں کہ سب سے پہلے جو تغیرات پیدا ہوتے ہیں وہ جمجمی حصہ میں عصب بہرہ کے اندر ہوتے ہیں، بعد میں بصری میں انتہائی ترشحات پیدا ہو جاتے ہیں، ایسی ہی حالت عمومی استرخاؤ، آتشکی اور حسرت بری تعصب نظام عصبی میں پائی جاتی ہے، اور اس سے کم مرکزی نظام عصبی کے دوسرے امراض میں، جزوی تسلیاتی دواشی میں مرض کا دور مختلف ہوتا ہے، اس میں تغیرات کا نمودار مرض کا اعادہ شدہ دواشی انداز میں پیدا کرتا ہے، تعصب منتشرہ میں انداز مرض چھایا ہوتا ہے جس کی وجہ یہ ہے کہ اس مرض میں عصبی غلیات کے محوری غلیات پھیل جاتے ہیں، مگر ان کے محلی غلیات بہت زیادہ بڑھ جاتے ہیں، ابتدائی منور کی وجہ غلیات بھی ہو سکتی ہیں، شدہ متماثل اکوئل، سیال، لٹے ناکسل وغیرہ وغیرہ ان کے علاوہ بہت زیادہ ترشحات الدم، غلیات کے نقصان، سٹری گنگنا تعصب شریانی بھی بعض موتوں میں اس کا سبب بیان کئے گئے ہیں، ابتدائی منور میں گو کہ مرکزی بصارت بہت خراب ہوتی ہے لیکن مرکزی غلیات کوئی نہیں ہوتا، میدان بصر ہم مرکز دائرہ کی صورت میں باہر سے اندر کو یا عکس سے مرکزی طرف سکرٹا ہے، اور اس کے اندر غلیات طور پر دندائے سے ملتے ہیں، جو کہ اتنی جانب بہت زیادہ غلیات ہوتے ہیں، ہزال کی حالت میں بالآخر، ایک سال کے بعد بیرونی مختلف اشیا پر آنکھ کو قائم کرنے کا نقطہ یا مقام غائب ہو جاتا ہے، لیکن ہے کہ مرکز سے ذرا ہٹ کر مدغی جانب نوری جس کچھ دونوں تک اودقائم رہے۔

میدان بصری میں سفید رنگ کے چھاننے کا حصہ یا اعتبار دوسرے رنگوں کے بعد میں سکرٹا ہے۔ یعنی کستانی انداز میں رنگوں کے ساتھ پیدا ہو سکتا ہے، انداز مرض بہت خراب ہوتا ہے۔

شانوئی منور عصب باصرہ، سلسلہ کے رباؤ کی وجہ سے جو کہ عصب باصرہ، قاع بصری یا طبعی جہر پر چڑھتا اور سما یا جانی بلون دماغی کے بہت زیادہ پھر جانے کی وجہ سے جو دباؤ پڑتا ہے اس سے پیدا ہوتا ہے، جب کہ سلسلہ دماغی میں ہوتا ہے، اس سلسلہ اور دوسرے اسباب کا وقوع اس طرح ہوتا ہے کہ ان کا دباؤ عصبی غلیات پر پڑتا ہے، مگر انکی وجہ

نکاح یا رنگ مایہ پیدا ہونے کی وجہ سے ہوتا ہے اور یہ قرص کے معدنی باغیب پاسے جاتے ہیں، ان کے ساتھ
قرص بصری پر شبکیہ بشرہ کے لگے رہنے سے توہین دہشتہ نظر آتے ہیں۔

اس سے قبل ہم بیان کر چکے ہیں کہ بعض اوقات یعنی سیج بڑھ جاتی ہے اور یہ عروق کے ساتھ ساتھ بھی کسی حد تک
جانی جاتی ہے، بعض اوقات یہ سیج نیم شفاف خشا کی صورت اختیار کرتی ہے جو کہ قرص بصری کو ڈھانک سکتی ہے
اور عروق سے لگی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔

سلعات اندرون چشم

(Intra ocular tumours)

آنکھ کے سلعات شاذ و نادر ہی دیکھے جاتے ہیں، مگر جب پیدا ہوتے ہیں تو عموماً غشیہ قسم کے ہوتے ہیں اور
اس قدر محدود ہوتے ہیں کہ مریض کی زندگی کے لئے خطرہ رہتا ہے۔

طبقة غشیہ کے سلعات غشیہ کے سلعات غشیہ نہایت ہی شاذ و نادر ہوتے ہیں، بعض اوقات نیلے رنگ
کے غشیہ میں گہرے جوہرے رنگ کے رقبہ بات ملتے ہیں، جو جنینی نشوونما کے زمانہ میں شبکیہ کے بشرہ موذ کے اجتماع سے
منبہ پر جاتی رہ جاتے ہیں، یہ عام طور پر تخفیف دہ نہیں ہوتے، مگر بعض اوقات ان میں غشیہ خصوصیات پیدا ہو جاتی
ہیں، ان کا اثر شروع ہو جاتا ہے، مذاق رقبہ جات کا اگر حجم بڑھنا شروع ہو تو مشکوک لگا دے دیکھنا پڑتا ہے، سادق سلعات
غشیہ غشیہ، جو کہ خون اور غیر خون مغزی یا گول غلیات پر مشتمل ہوں یہ بعض اوقات غشیہ پر عقدہ کی صورت میں ظاہر ہوتے
ہیں، اگر ان کو چھیڑا جائے تو بڑھتے رہتے ہیں اور کم سے کم بڑھ کر قروزی دھبے یا اتصال کو ماؤف کر دیتے
ہیں، یہاں سے ان کے غلیات دوران خون میں شامل ہو کر دوسرے مشا میں ثانوی سلعات کا باعث بنتے ہیں،
اور بالآخر مریض کی موت کا سبب ہو جاتے ہیں۔

اگرچہ یہ صرف ایک اہم ملاحظہ ہے جو غشیہ پر پیدا ہوتا ہے، مگر بعض اوقات اس کی تشفیغ غشیہ کے در نہ یا اور ضمنی

کہ بہارِ خزاں "نخِ برک" اچھٹ جاتی ہے۔ یہ سلعہ تحت شبکی جوف میں بڑھتا رہتا ہے، طبقہ شیمیہ سے یک ذبذبی رنگ گردن، سکہ دریدہ جتن نظر آتا ہے، اس سلعہ کے گول بڑھتے ہوئے حصہ پر شبکیہ دکھائی دیتا ہے، اس کے چاروں طرف شبکیہ شیمیہ سے لگ ہو جاتا ہے، اور بڑھتے ہوئے گول حصہ کی چوٹی سے یکریہ شیمیہ تک زرد سیال بھاہوتا ہے، یہ سلعہ شیمیہ میں کسی جگہ پر ہو سکتا ہے۔ سیال میاں سے بکتر نقلی وجوہ کے، تحت پیچے کو آسکتا ہے، اور پیچے کے حصہ میں جمیع جوار طبقہ شبکیہ کو شیمیہ سے لگ کرنے کا باعث بنتا ہے۔

جیسے جیسے یہ سلعہ بڑھتا ہے، ویسے ویسے شبکیہ شیمیہ سے الگ ہوتا جاتا ہے، میاں تک کہ کل کو کل شبکیہ شیمیہ سے الگ ہوتا ہے۔ اس حالت میں اکثر سلعہ جلد یہ کاغذ یہ خراب ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے سلعہ غیر نفاذ ہو جاتا ہے۔ لیکن یہ سلعہ بڑھ کر پوری آنکھ کو بھر دے، اور پھر کسی مقام پر آنکھ کے باہر نکل آدے، بعض اوقات اس سے قبل بھی یہ سلعہ اور وہ دوامیہ اپنی عروق کے راستہ سے باہر نکل آتا ہے، اس حالت میں یہ ٹھجری نیچوں میں بڑھنا شروع ہوتا ہے، عجمیہ شبکیہ میں نمود مقامی مافوق نہیں ہوتے، اگر عروق دھوی کے ذریعہ اس رسونی کے غلیات دوسرے مقامات تک پہنچاؤ، تاہم رسونیاں بالخصوص جگر میں پیدا کرتے ہیں۔

یہ مامعویہ پر رنگ دار ہوتے ہیں اور کبھی ملون نہیں بھی ہوتے۔ یہی حالت میں ان کو "لیو کو سار کو ما" بھی کہتے ہیں۔ اس کی نکل گول ہوتی ہے، یہ دھوی عروق کے گرد بھی پیدا ہو سکتے ہیں۔ آنکھ کے سلعہ عجمیہ کا دور چار درجات پر مشتمل ہوتا، (۱) خاموش دور (۲) زرق المانی دور (۳) ٹھجری نھص میں بڑھنے کا دور یعنی آنکھ کے باہر نکلنے کی طرف تیز رفتاری، تاہم تاہم سلعات کا دور۔

مذکورہ درجات یکے بعد دیگرے دیکھے جاتے ہیں، تاہم زرق المانی بہت جلد بھی پیدا ہو سکتا ہے، لیکن سلعے جب آنکھ کے باہر یہ سلعہ بڑھنا شروع ہوا سو فٹ تک زرق المانی نہ پیدا ہو، بعض اوقات تاہم سلعات بھی بہت جلد پیدا ہونے ہوئے دیکھے گئے ہیں۔ زرق المانی کے سبب کو ہر پوری طرح نہیں سمجھ سکے، مگر عموماً یہ اس وجہ سے واقع ہوتا ہے کہ سلعہ اور عجمیہ کو سلعہ و جھیل کر گئے ہیں، جس کی وجہ سے خزانہ مقدم کا زاویہ ترشح بند ہو جاتا ہے۔ مگر ایسی حالت بھی ملتی ہے جس میں شروع ہی کے مراح میں دریدی نظام کے اندر رکاوٹ کے لاحق ہونے کی وجہ سے زرق المانی بڑھ جاتا ہے۔ ایسی صورتوں میں سلعہ کی وضع اور دوام پر باؤ ڈال کر اس کے دوران خون کو روک دیتی ہے۔

گزشتہ صفحہ پر لکھا گیا ہے کہ بالکل نہیں نظر آتے درمیان کی خرابی مسلسل زیادہ ہوتی گئی ہے۔ صرف ایک ٹکڑے میں تکلیف ہوتی ہے لیکن بہت کم کہ دوسری آنکھ بالکل صحت میں ہو اور اس میں زرق و برق والی آنکھ کی طرح کوئی خاص نشان نہ ہو جسے آنکھ میں میدان جھانکنا بھی بالکل نہیں سکتا ہو، لیکن ہے کہ مازوت آنکھ میں احساس وزر نہ ہو غرضیکہ شک ہو تو کون کمال دینا ہی بہتر ہوتا ہے۔

علاج - شیشیہ متین ہونے کے بعد آنکھ کو فوراً نکال دیا جائے گا کہ شیشیہ کا سلعہ خمیہ شذوذناوری بڑھ کر صعب کے ساتھ ہر کوئی بہت کم ہوتا ہے کہ صعب باصرہ کو جہاں تک ممکن ہو زیادہ دور سے کانا جائے۔ اگر سلعہ پھوٹ کر آنکھ سے باہر نکلے تو اسے توجہ کی سنجیدگی سے دیکھا جائے گا کہ وہ بالکل صحت میں ہو اور بالکل آنکھ کے اندر ہی موجود ہو تو درمیان میں ہوتا ہے، اگر نہیں ہے تو اس سے شاذوی صحت پیدا ہو جائے گی، اگر مناسب وقت پر اس کو نکال دیا جائے تو کئی سال کے اندر نہ بیک شامت ہوتا ہے

شیشیہ کا مستطیل سلعہ خمیہ - شذوذاتوں میں شیشیہ کے ذریعہ صورت میں شیشیہ کے خمیات بڑھ جاتے ہیں اور شیشیہ کیساں بڑھ جاتا ہے، شیشیہ اس کے وپر اٹھ ہوا معلوم ہوتا ہے۔ ہمارے خیال میں یہ خمیات سو یاں بڑھ جائے تو اس سے حاصل ہوتی ہیں اور بڑھ کر مفادوی تجویف کے ساتھ پھیل جاتی ہیں، جیسا کہ شاذوں میں طاق پیدا ہوتا ہے۔ جسم ہر بی کا سلعہ خمیہ - انسانی طور پر اس کی بھی وہی نوعیت اور وہی علامات ہوتی ہیں جو کہ شیشیہ کے سلعہ خمیہ کی ہیں، فرق صرف تشریحی حیثیت سے دونوں مافوق کے مختلف مقامات پر پیدا ہونے سے ہی ظاہر ہوتا ہے مثلاً شیشیہ جسم ہر بی کے نزدیک بشری ضعیف کے دو ہر سے پرت پر شکل ہوتا ہے۔ درمیان سے مضبوطی کے ساتھ متصل رہتا ہے لہذا بالکل نہیں اکٹرا، جب یہ سلعہ بڑھ کر شیشیہ تک پہنچتا ہے تو شیشیہ اکٹرا جاتا ہے، لیکن ہے کہ جب سلعہ بہت بڑھ جاتا ہے تو علامات ظاہر ہوں، اس کی حد میں یہ ہوتی ہیں کہ دوسری طرف سے سلعہ بڑھ جاتا ہے، لکچر پڑ جاتا ہے، عضلہ ہر بیہ کے نعل میں نعل پیدا ہوتا ہے، اور ہر بیہ دوران خون میں ہوتی ہے، اور ایک مقدم ہر بیہ حروف میں انبساط ہو جاتا ہے، اگر یہ حالت موجود ہو تو مریض کو سلعہ کا شک نہ در کرنا چاہیے۔

لیکن ہے کہ یہ سلعہ بڑھ کر خزانہ مقدم کے زاویہ کو مازوت کروے لسی صورت میں عینیہ لپٹنے کے واسطے پر الگ

نی موشی کا درجہ (۲) زرق اس کا درجہ (۳) آنکھ سے باہر بڑھنے کا درجہ (۴) دوسرے مقامات پر

ن کے سدوں کا چونکنا دوسری رسولیاں بنانے کا درجہ۔

دوسرے درجہ میں آنکھ بڑی ہو جاتی ہے اور اس کے ساتھ ظاہری یا حقیقی جھوٹا عین لاحق ہوتا ہے۔ اس درجہ میں درد شدید ہوتا ہے، اگر ذیابیطیس کے اندر سے باہر کو سلوہ پھوٹ سکے تو درو میں افادہ ہو جاتا ہے۔ آنکھ میں موش عینہ قریبی و عینہ کے مقام پر ہوتا ہے۔ اس کے بعد بہت جلد یہ رسولی بڑھتی ہے اور گوبھی کے پھول کے مانند شکل اختیار کرتی ہے۔ سد کی وجہ سے پیسے کان کے سامنے واسے نزدیکی رسولی بنتی ہے۔ اسی طرح ٹیس کے نزدیک کے مفادی نزدیک س کے بعد جھجی اور دوسری عظام کے اندر رسولی پیدا ہوتی ہے۔ آنکھ کے اندر خود سلوہ بڑھ کر عصب باصرہ کو بھی موقوف کرتا ہے۔ اس کے بعد دماغ بھی موقوف ہو جاتا ہے۔ دوسرے اشار خصوصاً کبد میں یہ سد و شذوذ در بنی ہو چکے ہیں۔ عموماً پہلا درجہ ۶ ماہ تک رہتا ہے۔ یہ سلوہ حقیقتاً شبکیہ کا سلوہ شبیہ ہوتا ہے جس کے غیبات گول ہوتے ہیں۔ نملیات میں گول گول نقاط پائے جاتے ہیں۔ یہ غیبات غروق کے گرد جمع ہو جاتے ہیں۔ ان کے اندر نملی غیبات بہت نمایاں ہوتے ہیں۔ اس کو دماغی مٹی یعنی عصبی ورم سے تمیز کرنا چاہئے۔

یہ اثر سے بالکل مشابہ نہیں ہوتا۔ اور ان جنبی غلیت سے پیدا ہوتا ہے جو، یعنی ایک مختلف حصہ میں تبدیل نہیں ہو سکتا ہوتا۔ دوسری آنکھ جب موقوف ہوتی ہے تو اس کے اندر یہ مریض سدوں کے ذریعہ نہیں بلکہ از خود پیدا ہو جاتا ہے۔ ایک ہی وقت میں ایک سے زائد رسولیاں ہوتی ہیں۔ اگر بتدایں اس کو دیکھا جائے تو یہ امر صاف طور پر نمایاں معلوم ہوتا ہے یعنی جب دوسری آنکھ میں شروع ہو تو ان وقت معلوم ہو جاتا ہے کہ ایک بہت بڑا کٹا ہے جس کے گرد بہت سے چھوٹے چھوٹے کتے نظر آتے ہیں۔ فوراً دینی معاند سے مقلہ عینی کے اندر نملیات چھوٹے چھوٹے سلعات معلوم ہوتے ہیں۔ جوشید خود باہر کی طرف پھیل کر شبکیہ کو مشیمی سے الگ کر دیتے ہیں۔ یا یہ اندر کی طرف بڑھتے ہیں۔ بڑھنے کے لحاظ سے دوسری ہوتی ہیں۔ جن میں کوئی خاص فرق نہیں ہوتا۔ مگر منظر عین کے ذریعہ دیکھنے پر دونوں آنکھوں میں تصویر مختلف ہوتی ہے۔ چنانچہ جو آنکھ پہلے موقوف ہوتی ہے اس میں معمولی طور پر اکٹھا ہوا شبکیہ پایا جاتا ہے اور دوسری آنکھ میں زجاجیہ کے اندر بڑھتے ہوئے اس کی شکل میں نظر آتا ہے۔ اس کی سطح پر رت اندر بھی ہوتا ہے خصوصاً اس قسم میں جو زجاجیہ کی طرف رعتی ہے۔

ان سعادت کے غلیظت چھوٹے پھوٹے ورنوں ہوتے ہیں جن کے اندر سے ذات پات پائے جاتے ہیں جو بیکار
 ہوتی پرت کے غلیظت سے مشابہ ہوتے ہیں۔ یہ ذات رنگ کو خوب طریقہ پر قبضہ کرتے ہیں جس کی وجہ سے جو کہ
 ان کے اندر کمزوری کی حالت موجود ہوتی ہے۔ ان غلیظت کے اندر گلاب کے، تندرہ و زین چھوٹے غلیظت پائے جاتے
 ہیں جن کی مشابہت ابسار محاذی و عسوی کے ساتھ ہوتی ہے۔ نہ باریہ سونی ان غلیظت میں پیدا ہوتی ہے جو مینی
 سے سے شکی غلیظت میں الگ الگ منقسم ہوتے ہیں۔ پتوں میں درجہ سے دوسرے معنی اس سے
 مشابہ ہوتے ہیں۔ اس مشابہ کی وجہ سے شخص میں وقت ہوتی ہے۔ ان کو ہم "کاذب شکی سلہ خبیثہ" کہتے ہیں۔
 ۱۱۔ باجیہ میں استہابی ترشح کی موجودگی جس کے ساتھ شبکیہ جی پتے بھی منقسم ہوتے ہیں۔ یہ ہو جاتا ہے۔
 ۱۲۔ بیشمیہ کے تدرت کی خصوصیت و تقسم جس میں متعدد دیر سے ہوتے ہوں۔

۱۳۔ جنینی نقائص مثلاً یعنی مرد قی نہات کا مددہ کے موثر نہات پرتی مرہنا

ن میں سے پہلی قسم بدنی مشابہ کا نتیجہ ہوتی ہے جس کو پتہ نہیں چلتا یا جس کی وجہ سے مٹی مری تکریر
 موجود ہوتی ہے۔ اس کے ساتھ خزانہ مقدم میں جی استہابی ترشح پایا جاتا ہے۔ مگر خزانہ مقدم والا یہ لفظی انصاف
 بہت جلد مہذب ہو جاتا ہے۔

ان مریضوں کے سابقہ حالات میں۔ دوروں کے وقوع۔ جوشی۔ پڑنے یا شور مچانے کے واقعات پائے
 جاتے ہیں۔ کات کے امرائن۔ استہاب ستائی۔ عادی متعدی بخاریا آشک کے متعلق بھی بیان کیا جاتا ہے۔ صرف مشابہ
 بدنی و بدنی کے نتیجہ کے طور پر امداد کو خیر۔ غلیظہ کے قیام کا پیچھے کو ہٹ جانا بھی دیکھا جاتا ہے۔

ایسی صورت میں "ایتر وین" ڈاکٹر دونوں آنکھوں کا غور سے معائنہ کرنا چاہیے۔ اور اگر ضرورت محسوس ہو
 کلور فورم سنگل کر منفرد مین کے ذریعہ معائنہ کریں۔ اس طریقہ پر تو ترین کا صحیح معنی بھی ممکن ہے۔ اور تو ترین کے
 متعلق صحیح علم حاصل ہونا اس عمومی تدریس کے بغیر ممکن نہیں۔ اگر تو ترین بڑا ہو ہو تو سلہ خبیثہ کا جین ہوتا ہے۔
 کہ ہو تو کاذب سلہ کا امکان ہو گا لیکن مشکل یہ ہے کہ ہر روشنی کے بعد بھی مین کے مین کی شخصیات ہوتی ہیں۔
 چونکہ مریض کی زندگی ہر حالت میں معرض خطر میں ہوتی ہے اور آنکھ کے بیکار ہو جانے میں کوئی شک نہیں ہوتا۔
 ان مریضوں کا سلہ خبیثہ کے اصول پر علاج کرنا چاہئے۔ یعنی آنکھ کو بخیر دینا چاہئے۔

علاج بہتر، درد کو کم کر دیا جائے اور ہاں تک جو سکے دور بہت، عصب بہرہ کو کم کریں۔ اور
 کات دینا کہ بعد میں کایک مونس سے روانہ کریں۔ اگر مرض کے بستے کا ٹنگ ہوا، شدہ معتمد یا پتھری
 نیچوں کے، دف ہو جائے گا، مکان ہو پور، عصب بہرہ اختیار کریں۔

گڑبڑ میں ٹنگ ہو تو ٹنگہ کو نکال دیں، اگر وہ استہانی، فاذیب سلعہ میں بھی ٹنگہ ٹنگہ کر بدست ہو جاتی ہے
 مگر ایک ہی وقت میں دونوں آنکھوں کو نہ نکال جائے، اگر معائنہ کرے پر ایک آنکھ میں نہ پٹھیا کی شینہ مشابہت ہو تو
 نہ ہرے کہ دوسری آنکھ میں بھی یہ رموی نسبت ہوگی، لہذا دوا چھینا جائے، دس تو دس سسریں آنکھوں کی
 نکال دی جائے۔

اگر اس کا مدج نہ کیا جائے تو انداز مرض خراب ہوتا ہے، اور باقاعدہ عین مر جاتا ہے، مگر عصب ٹنگہ کے
 باہر اس کے نگھنے سے پہلے، اس کو نکال دیا جائے تو انداز مرض بہتر ہوتا ہے، اگر دوسری آنکھ میں سلعہ نہ ہو دین
 سات تک، ذوی رمویاں نہ پیدا ہوں تو مرض کے لئے کوئی خطرہ نہیں، ایسی صورت میں ۲ سال تک بھی کبھی پیرچہ
 ڈال کر دوسری آنکھ کا غور سے معائنہ کرتے رہیں، ایسے واقعات پیش آچکے ہیں کہ دونوں آنکھوں کے نکال دینے کے
 بعد مرض شفا یاب ہو گئے ہیں۔

شبکیہ کی اکیاس - عموماً یہ اکیس قنادی طوبہ پر متغیر آنکھوں کے معائنہ میں دیکھنے میں آتی ہیں، فاذ
 سنہ پر پتی ہوتی ہیں، اس میں بوڑھے آدمی مبتلا ہوتے ہیں، بڑی اکیاس دوسرے مقامات پر ہوتی ہیں، یہ اکیاس
 بعض وقت تیس میں چٹاور کے مستحق ہو جائے سے پیدا ہو جاتی ہیں، بڑی اکیاس کی مشابہت کبھی اکھڑے ہوئے
 شبکیہ سے بھی ہوتی ہے۔

مجر کے عضلات اور ان کی خرابیاں

مجرى عضلات کا طبعی فعل | آنکھ خانہ چشم کے اندر اپنی جگہ پر مجری عضلات اور ملتینان کے ذریعہ مانتی ہے۔ درمیان کی طرف سے پیچھے، اسے محور پر ایک ایسے نقطے سے رجحان کی

ہے جو قرنیه سے ۱۴ ملی میٹر پیچھے اور صلبیہ کی موخر سطح سے ۱۰ ملی میٹر آگے واقع ہے۔ آنکھ کی گردش کا یہ نقطہ مانتی مانتی اپنی جگہ پر عضلات چشم کے اتحادی عمل اور ملتینان میں اس کے محققہ رباط کی وجہ سے قائم رہتا ہے۔ آنکھ کی درجہ پچھ عضلات کے ماتحت انجام پاتی ہیں۔ ان عضلات کو تین گروہ میں تقسیم کیا جاتا ہے۔ ہر تین گروہ میں دو دو عضلات ہیں جن کے باہمی افعال ایک دوسرے کے خلاف ہوتے ہیں جیسا کہ عضلات مستقیمہ وحشیہ اور انشیہ اپنے اپنے افعال میں ایک دوسرے کے ضد ہیں۔ وحشیہ عضلات آنکھ کو باہر کی جانب اور انشیہ اندر کی جانب گھماتے ہیں۔ یہ پچھ گروہ کے عضلات تھے۔ دوسرے گروہ میں (۱) عضلہ مستقیمہ علیا و سفلی (۲) عضلہ مورب علیا و سفلی ہیں۔ عضلہ مستقیمہ انشیہ سفلی اور عضلہ مستقیمہ وحشیہ علیا قرنیه کی سطح سے ۵ - ۶ - ۸ ملی میٹر دور واقع ہوتے ہیں یعنی قرنیه کے گرد ایک لہر دار خط کی صورت میں پائے جاتے ہیں۔

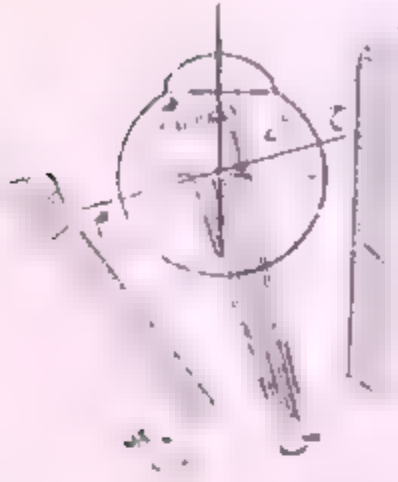
آنکھ کی ابتدائی وضع وہ ہے جس میں سر سیدھا ہو۔ آنکھیں افقی صورت میں سامنے کی طرف دیکھ رہی ہوں۔ اسی وضع سے ہم عضلات چشم کے افعال کا اندازہ کرتے ہیں۔ اس میں دونوں آنکھوں کے مناظری محور آپس میں متوازی ہوتے ہیں۔

عضلات مستقیمہ وحشیہ و انشیہ، اپنے مبداء سے شروع ہو کر آنکھ کے اندر داخل ہو کر مدغم ہونے کی جگہ تک ایسی سطح پر گزرتے ہیں جو قلعہ چشم کی انفی سطح کے ساتھ مطابقت کرتی ہے۔ یہ عضلات آنکھ کو عمودی محور کے گرد اندر یا باہر کی طرف حرکت دیتے ہیں۔ اس کے علاوہ ان کا اور کوئی فعل نہیں۔

عضلات مستقیمہ علیا و سفلی۔ مجر کے پچھلے حصے سے (جو آنکھ کے اندر کی طرف ہے) شروع ہو کر سامنے اور باہر کی طرف جاتے ہیں یہی وجہ ہے کہ ان کے راستہ میں آنے والی سطح آنکھ میں سامنے سے پیچھے جانے والی عمودی سطح سے مطابقت نہیں کرتی بلکہ یہ سطح پیچھے اور اندر کی طرف سے شروع ہو کر سامنے اور باہر کو آتی ہے۔ لہذا ان کے

گرنش کا محور افقی سطح پر ہونے کے باوجود آنکھ کے افقی محور سے علیحدہ ہے۔
یہ سطح آنکھ کے افقی محور کے ساتھ ۷۰ ڈگری کا زاویہ
بناتی ہے۔

شکل نمبر ۱۳۱

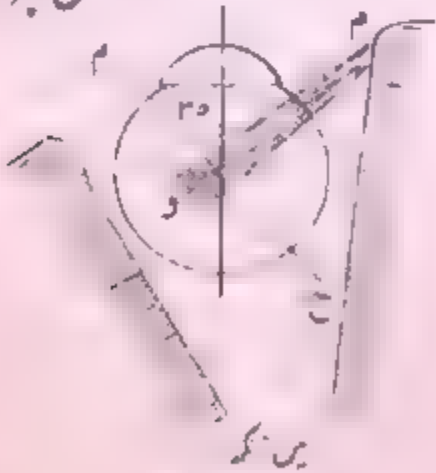


یہ عضلات چونکہ آنکھ کے مرکز گردش کے سامنے
آکر اس میں منہم ہوتے ہیں اس لئے ان کا فعل صرف یہ ہی
کہ آنکھ کو یہ صرف اوپر یا نیچے کی طرف حرکت دیتے ہیں مگر
نذر کی طرف سے آنے کی وجہ سے کسی حد تک آنکھ کو اندر
کی طرف بھی گھماتے ہیں۔ اس کے مدوہ "عضلہ مستقیمہ علیا"

قرنیہ سے عمودی محور کو کسی قدر اندر کی طرف جھکاتا ہے یا یوں سمجھنا چاہیے کہ آنکھ کو اندر کی طرف دائرہ نما حرکت
دیتا ہے اس کے خلاف عضلہ مستقیمہ سفلی۔ قرنیہ کے عمودی محور کو باہر کی طرف جھکاتا ہے یعنی آنکھ کو باہر کی
طرف دائرہ نما حرکت دیتا ہے۔

جب آنکھ باہر کی طرف گھومی ہوئی ہو تو اس وقت ان عضلات کی طاقت آنکھ کے اوپر یا نیچے کی طرف
حرکت کرنے میں سب سے زیادہ کام آتی ہے۔ کیونکہ ایسی حالت میں ان عضلات کی گردش کا محور آنکھ کے افقی
محور سے سب سے زیادہ نزدیک ہوتا ہے یا آنکھ کے افقی
محور سے سب سے زیادہ مطلقاً ہوتا ہے۔

شکل نمبر ۱۳۲



دائرہ نما حرکت پر ان عضلات کا سب سے زیادہ اثر
اس وقت ہوتا ہے جب کہ آنکھ اندر کی طرف گھومی ہوئی ہو
کیونکہ ایسی حالت میں ان کی گردش کا محور آنکھ کے مقدم و
مؤخر محور سے بڑی حد تک نزدیک ہوتا ہے۔ مثلاً مین کے

مور عضلات کی سطح بھی آنکھ کے عمودی محور کے نزدیک ہوتی ہے۔ یہ وہ محور ہے جو متعلقہ مین کو گھمانے والے عضلات
کے اندر اور باہر کی طرف کو گھماتا ہے اور آنکھ کے مقدم اور مؤخر محور کے ساتھ ۳۵ ڈگری کا

زاویہ بناتا ہے۔ گویا عضلات موربہ کا براہِ فعل یہ ہے کہ وہ قنیہ کے عمودی محور کو جھکا ست ہیں عضلات موربہ اس کو اندر کی طرف دائرہ نما حرکت دیتا ہے اور موربہ سفلی باہر کی طرف۔ مددہ ازیں چکر۔ ان عضلات کا انہی تمام مرکز سے انجام پاتا ہے جو محور کے اندر سامنے کی طرف واقع ہے اور چونکہ یہ عضلات مرکز گردش سے پیچھے آنکھ میں مدغم ہوتے ہیں۔ اس لئے ان میں سے ہر ایک آنکھ کو باہر کی طرف گھومتا ہے۔ عضلات موربہ مددہ آنکھ کو پیچنے کی طرف اور موربہ سفلی اوپر کی طرف حرکت دیتا ہے۔

یہ بھی ظاہر ہے کہ موربہ عضلات کی طاقت اوپر اور نیچے کی طرف آنکھ کو حرکت دینے میں اس وقت سے زیادہ کاثرتی ہے جب کہ آنکھ اندر کی طرف گھومی ہوئی ہو اور ان عضلات کی طاقت کا دائرہ نما حرکات پر اس وقت اثر ہوتا ہے جب کہ آنکھ باہر کی جانب گھومی ہوئی ہو۔

عمودی حرکت۔ عضلات مستقیمہ کا فعل خود ان کے نام سے ظاہر ہوتا ہے۔ ان کا فعل ان کے نام کے مطابق ہوتا ہے ”علیا“ اوپر کی طرف ”سفلی“ نیچے کی طرف حرکت دیتا ہے۔ مگر موربہ عضلات کا فعل ان کے نام کے خلاف ہے۔ لہذا یوں سمجھنا چاہئے کہ موربہ علیا نیچے کی جانب اور موربہ سفلی اوپر کی طرف ترچھے طریقہ پر آنکھ کو حرکت دیتا ہے۔

افقی حرکت۔ ”موربہ مستقیمہ علیا“ عمودی محور کو اندر کی طرف گھومتے ہیں ”موربہ مستقیمہ سفلی“ عمودی محور کو باہر کی طرف۔ اور موربہ عضلات کا اثر گھمانے والی حرکت پر سب سے زیادہ اس وقت ہوتا ہے جب کہ آنکھ باہر کی طرف گھمائی جائے اور مستقیمہ عضلات کا اس وقت جب کہ اندر کی طرف گھمائی جائے۔

یہ بھی یاد رکھیں کہ موربہ عضلات مجموعی حیثیت سے کام کرنے کی صورت میں آنکھ کو باہر کی طرف گھماتے ہیں اور ان کے بقیہ افعال میں باہمی تعاون ہو جاتا ہے۔ اسی طریقہ سے ”مستقیمہ علیا اور سفلی“ یکجہانی کام کرنے کی صورت میں آنکھ کو اندر کی طرف گھمائیں گے۔ مگر ایک ہی وقت میں مختلف زوجی عضلات کا فعل عموداً طبعی حالات میں ظہور میں نہیں آتا۔

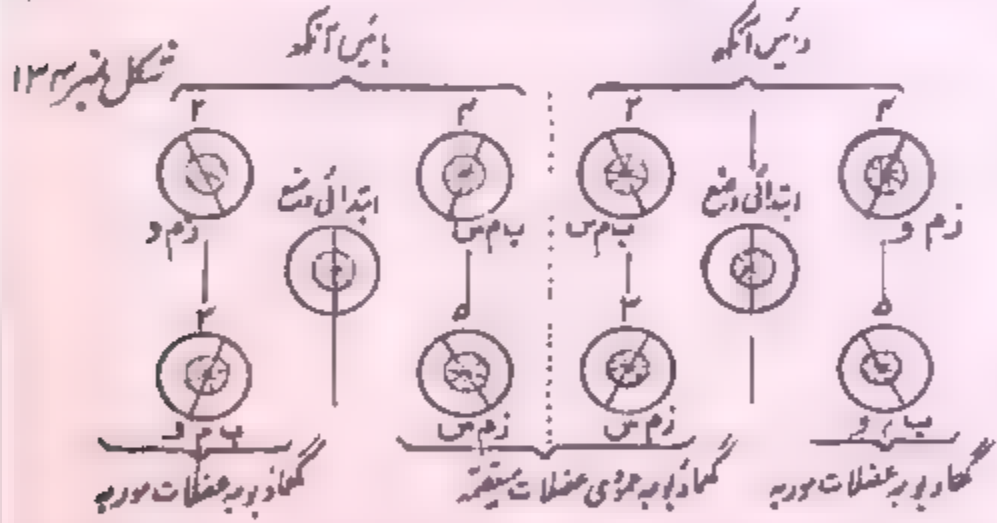
(۱) ابتدائی وضع ان تمام عضلات کی ”حالت سکون“ ہے۔

(۲) باہر کی طرف آنکھ کی جہاد اسطرح حرکات صرف ”مستقیمہ وحشیہ“ کے عمل کا نتیجہ ہیں اور اندر کی طرف انحراف

مستقیمہ نیلے رنگ سے انجام پاتی ہیں۔

۲۔ یہ سسے اور نیچے کی طرف آنکھ کی حرکات مستقیمہ علیا اور سفلی عضلات کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں مگر عضلات
نیلے رنگ کرنے کی صورت میں آنکھ کو کسی قدر اندر کی طرف گھماتے ہیں اور آنکھ کے عمودی محور کو کسی قدر زیر خاکہ دیتے
ہیں۔ مندان فعل کی اصلاح یا امداد کے لئے موربہ عضلات کی ضرورت ہوتی ہے۔

مثلاً: مثلاً موربہ علیا۔ آنکھ کو اوپر اور اندر کی طرف حرکت دیتا ہے اور عمودی محور کو اندر کی طرف جھکاتا ہے
عضلہ موربہ سفلی۔ بھی اس کو اوپر کی طرف حرکت دیتا ہے مگر بجائے اندر کی جانب کے باہر کی طرف گھماتا ہے اور
عمودی محور کو باہر کی جانب سے جاتا ہے گویا کہ جب یہ دونوں عضلات مجموعی حیثیت سے کام کرتے ہیں تو ان کا
دورہ اور یہ فعل ایک دوسرے کو متعادل کر دیتا ہے جس کے نتیجے میں آخر کار آنکھ کی عمودی حرکت اوپر کی طرف
ہوتی ہے۔ اسی طریقہ پر "عضلہ مستقیمہ سفلی" کو عضلات موربہ علیا کی مدد کی ضرورت ہوتی ہے۔ آنکھ کی موربہ (تحریر)
وینچ کی صورت میں عمودی محور



عمودی محور میں دونوں آنکھوں کا گھماؤ موربہ اور مستقیمہ دونوں آنکھوں کے ایک ساتھ حرکت کرنے
میں موربہ ایک ہی طرف حرکت کرتے ہیں جیسا کہ ۲-۲ اور ۳-۳ سے ظاہر ہوتا ہے۔

نیز جاتا ہوا ہے۔

(۴) آنکھ کا گھومنا۔

اوپر اور باہر کو بد عضلہ مستقیمہ علیا
موربہ سفلی اور مستقیمہ وحشیہ کے
ذریعہ آنکھ کی حرکت عمل میں

آتی ہے مگر چونکہ یہ حرکت باہر
کی جانب ہوتی ہے اس لئے

موربہ عضلات کے گھمانے کا فعل رب سے زیادہ ہوتا ہے اور مستقیمہ کا فعل متعادل ہو جاتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا۔
ایسی صورت میں عضلہ موربہ سفلی کا فعل غالب ہو جائیگا اور عمودی محور باہر کی طرف جھک جائیگا۔

(۵) نیچے اور باہر کی طرف آنکھ کا گھومنا۔ یہ حرکت مندرجہ ذیل عضلات کے فعل کا نتیجہ ہوتی ہے۔

مستقیمہ سفلی موربہ علیا۔ مستقیمہ وحشیہ۔ یاں بھی موربہ عضلات کا فعل باطل ہو جاتا ہے اور عمودی محور

اندر کی طرف جھک جاتا ہے۔

۱۶۰۔ اوپر اور اندر کی طرف آنکھ کا گھومنا مفصلہ ستیتمہ دیا۔ مور پہ نفل دیتا ہے اس کی وجہ سے انجہ پاتا ہے گراندر دنی وقت کی حالت میں مفصلہ ستیتمہ کا نفل مور پہ نفل کے نفل پر غالب آتا ہے اور وہ دنی محور اندر کی طرف جھک جاتا ہے۔

(۱۶۱) بچے اور اندر کی طرف آنکھ کا گھومنا۔ اس حالت میں ستیتمہ نفل۔ مور پہ نفل اور ستیتمہ اس کی بجائی نفل کرتے ہیں۔ ایسی صورت میں آنکھ کا عمودی محور باہر کی طرف ستیتمہ نفل کی وجہ سے جھکا ہوا ہوتا ہے۔ اس وقت تک علیحدہ علیحدہ ہر ایک سے آنکھ کی حرکات کے متعلق بیان کیا گیا ہے۔ زندگی میں دونوں محور کی حرکات ایک ساتھ ہوتی ہیں۔ آنکھوں کی متوازی حرکات مختلف اطراف میں زوجی حرکات کہلاتی ہیں دونوں آنکھوں کا اندر کی طرف گھومتا ہوا نزدیک والی شے کے دیکھنے کے وقت عمل میں آتا ہے اس کو حرکت ستہ قاتی کہتے ہیں۔ زوجی حرکات ستہ قاتی حرکات کے ساتھ بھی ظاہر ہوتی ہیں۔

آنکھوں کی حرکت جب اوپر کی طرف ہو تو دونوں آنکھیں کسی قدر ایک دوسرے سے دور ہو جاتی ہیں جس کی وجہ سے ہے کہ اوپر والی اشیا پر آنکھوں سے دور ہوتی ہیں۔ اس کے برعکس جب نیچے کی طرف حرکت کرتی ہیں تو ایک دوسرے سے کسی قدر نزدیک ہو جاتی ہیں کیونکہ اچھی سطح پر واقع ہونے والی اشیا پر آنکھوں سے کسی قدر نزدیک ہوتی ہیں۔

مور بنی اور مناع میں آنکھوں کی زوجی حرکات خواہ ان کے مناظری محور ایک دوسرے کے متوازی ہی کیوں نہ ہوں مگر دونوں میں یکساں گھمانے والی حرکات پیدا ہوتی ہیں جیسا کہ تصور میں دکھایا گیا ہے (ب۔ پ) ابتدائی وضع کی حالت ہے۔ جب دائیں طرف یا بائیں طرف یا اوپر یا نیچے کی طرف آنکھیں گھومیں تو قوسیب کا عمودی محور اپنی عمودی حالت میں قائم رہتا ہے۔ مگر دیگر او مناع میں اس کا عمودی محور ایک یا دوسری طرف کو جھک جاتا ہے لیکن دونوں آنکھوں میں محور کا جھکاؤ ایک ہی طرف کو ہوتا ہے۔ مثلاً بائیں طرف اوپر نیچے دونوں آنکھوں کے قرنیہ کا عمودی محور بائیں طرف کو جھکتے ہیں اس کی وجہ سے دونوں آنکھوں کی ایک ایک حرکات کے سلسلہ میں بیان کر چکے ہیں۔

ذاتی حرکات میں جو حشرات ایک ساتھ کام کرتے ہیں وہ ”شریکی“ کہلاتے ہیں مثلاً دائیں آنکھ کا عضلہ متقیہ بائیں آنکھ کے متقیہ وحشیہ کا آنکھ کی بائیں طرف کی ہر حرکت میں شریک کار ہوتا ہے۔

نمودی حرکات میں اوپر اور نیچے دونوں آنکھوں کی حرکات میں دو دو عضلات ایک ساتھ کام کرتے ہیں گویا کہ ان کا ایک گروہ دوسرے گروہ کا شریک کار رہتا ہے۔ مگر موربی اوضاع میں جو عضلات ایک دوسرے کے شریک ہوتے ہیں ان کے افعال ایک دوسرے کے بالکل متضاد ہیں۔ مثلاً اوپر اور بائیں طرف دیکھنے میں (بایئیں متقیہ حشرات کے علاوہ) صحیح طور پر باہمی مشارک بائیں طرف کا متقیہ علیا اور دائیں طرف کا ”موربیہ علی“ چونکہ کیونکہ اس رشتہ میں بائیں آنکھ کا محور اسی سطح میں ہوتا ہے جس میں کہ عضلات متقیہ گروہ دائیں آنکھ کا محور اس سطح میں نہیں بلکہ موربی حشرات کی سطح میں واقع ہوتا ہے۔

ذاتی اور استقامتی حرکات صرف وہ حرکات ہیں جو قوت ارادی کے ماتحت انجام پاتی ہیں۔ متع کرنے والی دونوں آنکھوں کو ایک دوسرے سے دور کرنے والی حرکات طبعی حالت میں ممکن نہیں ہوتیں۔ کیونکہ ذاتی بصارت کے لئے یہ حرکت مبالغہ ہے۔ انفعی محور کے گرد آنکھ کا گھمانا جس کو ہم پہلے بیان کر چکے ہیں۔ خاص حدود کے اندر ہوا کرتا ہے۔

استقامتی حرکات میں بھی کسی قدر گھم و پھرا ہوتا ہے مگر یہ سب غیر ارادی حرکات ہیں۔

مرئی اور حسی تعین مقام

(Objective and subjective localisation (or) orientation,

میدان بصر کا پورا نقشہ شبکیہ پر پڑتا ہے اور شبکیہ پر کی ہر شبکیہ نقطہ تقاطع یا آنکھ کے مرکز مناظر سے گزرنے والے ثانوی محور سے بڑھ کر باہر کی شے جس کی وہ شبکیہ ہے اس پر جا کر ختم ہوتی ہے گویا کہ فضا خارجی یا ان کے چاروں طرف کی اشیاء کا باہمی تعین ”مرئی تعین مقام (Objective localisation)“ کہلاتا ہے۔

حسی تعین مقام (Subjective localisation) وہ احساس ہے جس کے ذریعہ ہم جسم اور آنکھوں کا مقام اور بیرونی اشیاء کے ساتھ ان کے فاصلہ کے باہمی تناسب کا فیصلہ کرتے ہیں۔ اس احساس کا انحصار عضلات کی

اس عاقبت پر خصوصیت کے ساتھ جو ان اشیاء کو دیکھنے کے لئے آنکھوں کو تیار کرنے میں مدد دیتی ہے۔ اس سے بعض اوقات احساس کے غلط ہونے کی وجہ سے پڑاٹے لگتا ہے کیونکہ نچری عضلات کی طاقت نامنظم ہو رہی ہوگی۔

میدان قیام کا تعین

Field of fixation

میدان قیام جس سے مجھ کے اندر چاروں طرف سب کی سب چیزوں کی نظر پڑے ہوئی ہوتی ہے اس میں یا ان حدود میں وہ تمام مقامات شامل ہوتے ہیں جن کو آنکھ صاف طور پر سر کو حرکت دے بغیر دیکھ سکتی ہے اس کو معلوم کرنے کے واسطے ہم میدان

کو ناپنے والا آلہ استعمال کرتے ہیں۔ جیسا کہ میدان بصر کی پیمائش کے واسطے اس سے کام لیتے ہیں ذوق نہتہ استدراج ہے کہ اس کے ہر قطر میں مریض کی آنکھ کی زیادہ سے زیادہ حرکت کو بحر ثبوت کر لیتے ہیں اور ان حرکات کی حدود کو ہم روشن موم جی یا منظر عین کے مرآۃ کے انعکاس قرنیہ سے آلہ کی قوس پر آگے پیچھے حرکت شدہ معلوم کرتے ہیں دونوں آنکھوں کی زوجی بصر کے میدان بصر کی تیس میں وہ مقامات آتے ہیں جو دونوں آنکھوں سے دیکھ کر حرکت سے بندھ چکے ہوتے ہیں ایک کمانی جیسے میں اوسط طریقہ پر ایک آنکھ کا میدان قیام اوپر کی طرف ۴۵° باہر کی طرف ۶۰° نیچر کی طرف ۷۵° اور اندر کی طرف ۹۰° ہوتا ہے۔

کسی شے کی طرف دیکھتے ہوئے اگر ہم چاہیں کہ وہ ایک نظر آئے تو ضروری ہے کہ دونوں آنکھوں کے مناظری محور سے اگر ایک ایک خط کھینچا جائے تو دونوں ایک دوسرے سے

حول Strabismus

اسی شے پر جا کر ملیں جس کو ہم دیکھ رہے ہیں اگر ایسا نہ ہوگا تو ظاہر ہے کہ دونوں سے کسی ایک آنکھ کی وضع غیر صحیح ہے یا وہ خراب ہے اس حالت کو ہم ”حول“ کے نام سے تعبیر کرتے ہیں۔ یہ حالت کسی عضلہ کے فعل کے زیادہ یا کم ہونے یا کسی عضلہ کے استرخاؤ کی وجہ سے رونما ہوتی ہے۔ حول ہر طرف کے لئے ہو سکتا ہے مگر اس کی موربہ حالت بہت کم دیکھنے میں آتی ہے۔ حول متع اور حول استقامتی دونوں زیادہ عام ہیں۔

خفیف حالتوں میں اس امر کا فیصلہ کرنے کے واسطے کہ کونسی آنکھ اندر یا باہر کی طرف کو جھکی ہوئی ہے ہم بعض نوٹس کر لیتے ہیں کہ وہ کسی خاص شے کی طرف دیکھے اس حالت میں کسی ایک آنکھ پر غور کیجئے یا اس میں آنکھ پر پٹی باندھ کر اس کو بند کر لیتا ہے اب اگر دائیں آنکھ جوڑ دلی ہوئی نہیں ہے وہ کوئی حرکت نہ کرے تو اس کا مطلب یہ ہوگا کہ بائیں آنکھ کو بند کرنے سے پہلے یہ آنکھ اس شے کی طرف دیکھ رہی تھی۔ اب اس کے بعد مذکورہ عمل کو دہرائیں اور

بجائے بائیں آنکھ کے دائیں آنکھ کو ڈھانک لیں اور دیکھیں کہ ایسا کرنے سے بائیں آنکھ اس شے کی طرف ٹانگی باندھ کر دیکھنے کے لئے حرکت کرتی ہے۔ اگر حرکت کرتی ہے تو ظاہر ہو گیا کہ یہی آنکھ حول والی ہے۔ مگر یہ خیال رہے کہ یہ حرکت بہت کم کی مخالفت ہوگی پس طرف کو آنکھ جھکاتی ہے۔ مثلاً اگر آنکھ میں حول اندر کی جانب کے لئے ہو تو دوسری آنکھ کو بند کر دینے کے وقت یہ ہر کی طرف آکر اس شے کو ٹانگی باندھ کر دیکھے گی۔ مگر یہ امتحان اس وقت ناممکن ہوتا ہے جب کہ حول والی آنکھ میں بینائی بہت کم ہوگی ہو اور اس کو بینائی کی کمی کی وجہ سے کسی شے کی طرف دیکھنے کے لئے مصلحت قائم نہ کر سکے۔

دوسرا عمدہ طریقہ اس کو معلوم کرنے کا یہ ہے کہ مریض کو اندھیرے کمرے میں منظر عین کی طرف دیکھنے کو کہا جائے اور دونوں آنکھوں سے قرنیہ پر منظر عین کے مرآۃ کے انعکاس کا معائنہ کیا جائے۔ اگر سب سے زیادہ بہتر امتحان وہ ہے جس میں ہم مریض کے دو اشیا کو دیکھنے کے احساس یعنی بصارت زوجی کا مطالعہ کرتے ہیں۔

حول ظاہری (Apparent strabismus) میں جب دونوں آنکھوں کے محور کسی ایسی شے کی طرف جھپٹے ہوئے ہیں جس کو انسان دیکھ رہا ہو تو ایک یا دوسری آنکھ کو بند کرنے میں کسی کچھ میں حرکت نہیں ہوتی جیسا کہ حول حقیقی میں ہوا کرتا ہے۔

حقیقی حول (Real strabismus) **حول استرخائی (Paralytic strabismus)**
حول لاحق (Concomitant strabismus) **حول ضمنی (Latent strabismus)**

(Heterophoria) ————— (Muscular insufficiency)

ان صورتوں میں حول صرف مخصوص حالات کے ماتحت (مثلاً ان امتحانات پر عمل درآمد کے وقت جو کہ بصارت بالعیین میں عارض ہوتے ہیں یا اس کو ناقابل حصول بنا دیتے ہیں) ظہور پذیر ہوتا ہے، معمولی حالات میں ان مریضوں کی بصارت بالعیین کامل ہوتی ہے، مگر جب عضلات کا فعل طبعی حالت سے زیادہ درکار ہو تو اس وقت ان میں یہ کمزوری عیاں ہو جاتی ہے۔

بصارت بالعیین (Binocular vision) احساس متزاج (Sense of fusion) جب ہم کسی شے کی طرف دیکھتے ہیں تو ہماری دونوں آنکھوں کے محور مناظری اسی شے کے مقام یا اس کے نقطہ قیام پر جا کر ملتے ہیں

یہی نقطہ ہماری دونوں آنکھوں کے قلم ہونے کا مرکز ہوتا ہے اور دونوں آنکھوں کے شبکیہ کی شبیہ ایک دوسرے میں اس طرہ سے منعکس ہو جاتی ہیں کہ یہ منی شے ایک دکھائی دیتی ہے۔ یہ دماغی فعل دماغ سے تعلق رکھتا ہے اور نہ اس سے۔
 دونوں آنکھوں کی بصارت متحد و واحد ہو جاتی ہے۔ نامشیا جب دونوں آنکھوں سے ایک ہی فی سہرہ دیدن کے سی جھریں واقع ہوں جو دونوں آنکھوں کے لئے مشترک ہے۔ تو ان اشیا کی شبیہ دونوں آنکھوں کے شبکیہ کے ان ہی مقامات پر رہتی ہے جو کہ آپس میں ایک دوسرے کے مقابل ہوتے ہیں اور اسی لئے یہ دونوں ایک دکھائی دیتی ہیں۔ دونوں آنکھوں کے نقطہ بصارت کے لحاظ سے ان کی شبکیہ کے اندر احساس بصارت کے خدو ت اس شے کے خط و حال صحیح نظر آتے ہیں یعنی ان کی تفصیل مکمل ہو جاتی ہے۔

اس میں امتزاج یعنی دماغی ارادہ نہ ہوتا ہے۔ دیکھنے سے سب بچپن ہی سے شروع ہو جاتا ہے۔ درجہ مختلف اشیا میں مختلف حالت میں پایا جاتا ہے۔ یہ ممکن ہے کہ ایک شے کو دیکھنے کے لئے دونوں آنکھیں اس سے ٹکریں اور ان دونوں آنکھوں کی دونوں شبکیہیں ذوق انداز نہ پائی جائے۔ اسی وجہ سے صرف ایک آنکھ کی شبیہ کو دماغ محسوس کرے اور دوسری آنکھ کی شبیہ کو بالکل نظر انداز کر جائے۔ ہمیں کہ منظر کشی کے ہموار کے باوجود صحیح آنکھوں کی بصارت نہ دماغی کے پیدا کرنے سے ہم قائم ہوتے ہیں۔ یہ نہ منظر کشی کے استعمال سے دونوں شبکیہ لگ بھگ ہو جائیں گی جب کہ ناممکن ہے کہ کچھ بھی ہم ایک ہی شبیہ کو دیکھتے ہیں جس کا مطلب ہوتا ہے اس کے اور کچھ نہیں کہ دوسری شبیہ کو دماغ نظر انداز کر دیتا ہے یعنی محسوس ہی نہیں کرتا۔
 یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ بعض افراد میں مذکورہ طریقہ پر بصارت بالعموم کو سبب کرنے کی کوشش سے امتزاج جلدیہا پر خراب اثر پڑتا ہے اور بعض لوگوں میں معاملہ اس کے برعکس ہوتا ہے۔

بصارت بالعموم کو صحیح طور پر معلوم کرنے کے لئے کہ آیا یہ کسی شخص میں موجود ہے یا نہیں۔ اس شخص کو پرنسے سے کتاب دی جائے اور کتاب کی دہلیز کی آنکھ کے درمیان حروف کے ساتھ زاویہ قائمہ بناتے ہوئے ایک پنسل رکھی جائے۔ اب اگر اس کی بصارت بالعموم قائم ہے تو پنسل کے رکھنے کے باوجود پرنسے میں کوئی شکایت پیدا نہ ہوگی اور نہ مرض پنل کے پیچھے نہ پڑے گا۔ کتاب پرنسے دانا خود بھی پرنسے دونوں آنکھیں کھول کر، وہاں کے بعد ایک آنکھ بند کر کے پرنسے سے تعلق یہ نتیجہ پکڑ سکتا ہے۔

دوسرا طریقہ (Hering's drop experiment) کے نام سے موسوم ہے۔

۱۔ اگر کسی میں دو آنسو نہ ملے، اس قدر چڑا یا بائے ہیں جکے اندر ایک ٹنٹن کی دونوں آنکھیں آجائیں اس کے
 ۲۔ اگر کسی میں ایک آنسو سے لگے ہوئے چوبہ کی طرف یا اسے ہونٹوں کی وجہ سے اندر سے دکھائی نہ دیں ان دونوں
 ۳۔ اگر کسی میں ایک آنسو سے لگے ہوئے چوبہ کی طرف یا اسے ہونٹوں کی وجہ سے اندر سے دکھائی نہ دیں ان دونوں
 ۴۔ اگر کسی میں ایک آنسو سے لگے ہوئے چوبہ کی طرف یا اسے ہونٹوں کی وجہ سے اندر سے دکھائی نہ دیں ان دونوں
 ۵۔ اگر کسی میں ایک آنسو سے لگے ہوئے چوبہ کی طرف یا اسے ہونٹوں کی وجہ سے اندر سے دکھائی نہ دیں ان دونوں
 ۶۔ اگر کسی میں ایک آنسو سے لگے ہوئے چوبہ کی طرف یا اسے ہونٹوں کی وجہ سے اندر سے دکھائی نہ دیں ان دونوں
 ۷۔ اگر کسی میں ایک آنسو سے لگے ہوئے چوبہ کی طرف یا اسے ہونٹوں کی وجہ سے اندر سے دکھائی نہ دیں ان دونوں
 ۸۔ اگر کسی میں ایک آنسو سے لگے ہوئے چوبہ کی طرف یا اسے ہونٹوں کی وجہ سے اندر سے دکھائی نہ دیں ان دونوں
 ۹۔ اگر کسی میں ایک آنسو سے لگے ہوئے چوبہ کی طرف یا اسے ہونٹوں کی وجہ سے اندر سے دکھائی نہ دیں ان دونوں
 ۱۰۔ اگر کسی میں ایک آنسو سے لگے ہوئے چوبہ کی طرف یا اسے ہونٹوں کی وجہ سے اندر سے دکھائی نہ دیں ان دونوں

بصارت زوجی یا اشبار کا دو دو دکھائی دینا، عام طور پر دونوں آنکھوں کو کسی چیز کی
 ایک وقت میں قہر نہ کر سکنے کی وجہ سے ہوتا ہے۔ ہر آنکھ سے رنی شے کی ایک ایک تصویر
 نظر آتی ہے یعنی دونوں آنکھوں کی دونوں شبیہ کا دو قہر آپس میں نہیں ہوتا۔ اور ایک آنکھ
 کو قہر نہ کر سکتا ہے۔ یہ حالت میں اس کو زوجی بصارت بالعیین کہتے ہیں۔

۱۔ اگر کسی میں ایک آنسو سے لگے ہوئے چوبہ کی طرف یا اسے ہونٹوں کی وجہ سے اندر سے دکھائی نہ دیں ان دونوں
 ۲۔ اگر کسی میں ایک آنسو سے لگے ہوئے چوبہ کی طرف یا اسے ہونٹوں کی وجہ سے اندر سے دکھائی نہ دیں ان دونوں
 ۳۔ اگر کسی میں ایک آنسو سے لگے ہوئے چوبہ کی طرف یا اسے ہونٹوں کی وجہ سے اندر سے دکھائی نہ دیں ان دونوں
 ۴۔ اگر کسی میں ایک آنسو سے لگے ہوئے چوبہ کی طرف یا اسے ہونٹوں کی وجہ سے اندر سے دکھائی نہ دیں ان دونوں
 ۵۔ اگر کسی میں ایک آنسو سے لگے ہوئے چوبہ کی طرف یا اسے ہونٹوں کی وجہ سے اندر سے دکھائی نہ دیں ان دونوں
 ۶۔ اگر کسی میں ایک آنسو سے لگے ہوئے چوبہ کی طرف یا اسے ہونٹوں کی وجہ سے اندر سے دکھائی نہ دیں ان دونوں
 ۷۔ اگر کسی میں ایک آنسو سے لگے ہوئے چوبہ کی طرف یا اسے ہونٹوں کی وجہ سے اندر سے دکھائی نہ دیں ان دونوں
 ۸۔ اگر کسی میں ایک آنسو سے لگے ہوئے چوبہ کی طرف یا اسے ہونٹوں کی وجہ سے اندر سے دکھائی نہ دیں ان دونوں
 ۹۔ اگر کسی میں ایک آنسو سے لگے ہوئے چوبہ کی طرف یا اسے ہونٹوں کی وجہ سے اندر سے دکھائی نہ دیں ان دونوں
 ۱۰۔ اگر کسی میں ایک آنسو سے لگے ہوئے چوبہ کی طرف یا اسے ہونٹوں کی وجہ سے اندر سے دکھائی نہ دیں ان دونوں

زوجی بصارت بالعیین، وہ حالت جو جس میں عام طور پر مریض کو ہر شے دو دکھائی دیتی ہے، اس حالت میں
 آنکھ جو کسی شے کی طرف دیکھ رہی ہو اس کے اندر کی شبیہ صادق ہوتی ہے مگر دوسری شبیہ جس کا تعلق اس آنکھ سے

جانب بنے کی اور اس طرح قضایں ہم اس کے صحیح مقام سے دیکھ جانے لگیں گے، گویا کہ اس صورت میں دیکھیں شبیہ بائیں آنکھ کی موٹی اور بائیں شبیہ دیکھیں آنکھ کی حالت کو ہم تقاطع زوجی عبارت 'crossed diplopia' کہتے ہیں، اور اس کو دونوں آنکھوں کے محور مناظر کی حالت الساع تصور کریں گے، اس کو ہم کیا تجربہ سے ذریعہ ثابت کر سکتے ہیں وہ یہ کہ جب ہم انگلی آنکھ کے ساتھ کھڑی کریں اور اس کے دوسری طرف کسی دو چیز پر نظر کریں تو یہ انگلی دو دکھائی دے گی۔ اب اگر ہم اپنی دائیں آنکھ بند کریں تو بائیں طرف وہ انگلی غائب ہو جائے گی اس حالت میں زوجی عبارت پائی جائے گی کیونکہ انگلی دیکھنے کے لئے اس قدر استقامتی حالت میں محوروں کو ہونا چاہئے اس سے کم ان کے اندر استقامت پایا جاتا ہے، گویا کہ ان کے اندر نسبتاً الساع موجود ہے۔ اب اگر ہم اپنی نظر کو انگلی پر جانیں تو اس انگلی کے پیچھے والی شے دو نظر آوے گی، مگر دائیں آنکھ بند کرنے پر اس میں سے دائیں طرف والی شے غائب ہو گی، اور بائیں آنکھ بند کرنے پر بائیں طرف والی غائب ہو گی۔ یہ بھی زوجی شفعہ اشتراکی کی حالت ہو گی، کیونکہ آنکھ کے محور مناظر دور کی شے کی طرف دیکھنے کی حالت میں زیادہ استقامت ہو کے ہیں، مذکورہ حالت غیر طبعی نہیں ہے مگر عادت کی وجہ سے ہم کو اس کا خیال نہیں ہوتا۔ کیونکہ شبیہ اپنے قبضہ کی ہر نہ ہونے کے باوجود ہم اس کا پوری طرح احساس نہیں کرتے۔ لیکن بغیر شعور کے یہ حالت ہم کو یہ بتا دیتی ہے کہ یہ اشیا اس شے سے جس پر ہم نظر رہا ہے ہوتے ہیں دور ہیں یا نزدیک؟

اب اگر کوئی آنکھ اوپر یا نیچے کی طرف مڑی ہوئی ہو تو اس کی مثال شبیہ نیچے یا اوپر کی طرف آنکھ کے باہر جگہ یعنی ان کا عمودی محور میں مڑنا شبیہ کو اپنی طرف لے جاتا ہے۔ دونوں آنکھوں کے درمیانی زاویہ کا فاصلہ حوں والی آنکھ کے مڑنے والے زاویہ کے برابر ہوتا ہے، مگر جیسے جیسے ہم ان شبیہ والے خطوط کو آنکھ کے باہر لے جائیں اسی قدر یہ شبیہ ایک سرے سے دور ہو جاتی ہیں۔

منشور مثلثی انعطافی واسطے میں جن کی سطحیں اپنی زیادہ بڑی ہیں ان کا پہلا کنارہ چوٹی کہلاتا ہے، اس زاویہ انعطاف اور اس کے بالمقابل موٹا حصہ اس کا قاعدہ و منشور مثلثی میں سے گزرتے ہوئے شعاع نور دومرتبہ اس کے قاعدہ کی جانب منعطف ہوتی ہے (ملاحظہ ہوں مناظریات کے ابتدائی اصول)

اگر ہم منشور مثلثی میں سے کسی شے کو دیکھیں تو وہ اس کی چوٹی کی طرف متنی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔

آنکھ کے سامنے گرگتھ سے در دور۔ زاویہ قائمہ بنانے والے دونوں کے مقابلہ میں منشور کو اس طریقہ پر

شکل نمبر ۱۳ ہر

ہر



منشور افقی رشتہ میں رکھا ہے جو

عمودی خط اپنی جگہ سے ہٹا ہے

منشور عمودی رشتہ میں رکھا ہوا ہے

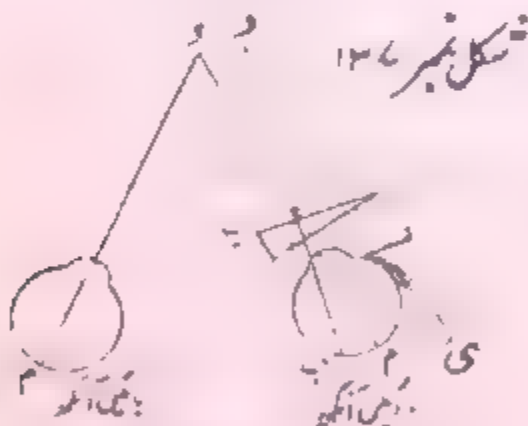
عمودی اور افقی دونوں حدود میں جگہ سے ہٹے ہیں

اگر دونوں آنکھوں کو کھول کر ایک آنکھ کے سامنے منشور مثلثی رکھ دیا جائے تو اس کا فوری اثر یہ ہوگا کہ بصارت زوجی پیدا ہو جائے گی۔ جو ممکن نہ

تھیں کہ یہ طولاً شیش کے برابر اور اندر سے نظر آویں
گزرونی ملت اور قاعدہ ب دونوں مقام منشور
کے منتہیوں تو نمودی (سلاسل) اس کی چوٹی
کی طرف ہٹا ہوا معلوم ہوگا۔ مگر منشور اگر ذرا بھی
یٹھا ہوتا ہے کہ عمودی اور افقی خطوط دونوں
پہلے مقام سے ہٹے ہوئے معلوم ہوں گے۔

بصارت باعینین پر منشور مثلثی کا اثر

کہ قائم ہے یا عضلات کے فعل سے درست ہو کر اصل
حالت پر آجائے۔



منشور کے ذریعہ زوجی بصارت باعینین۔

دو، پر جو شے ہے اس کی شبیہ بقعہ صفراوی پڑتی
ہے (م) بائیں آنکھ میں۔ بقعہ صفراوی سے ہٹی
ہوئی (م) دائیں آنکھ میں۔ منشور کے ذریعہ ہٹ کر
قاعدہ کی جانب منقطع ہو کر شبکیہ کے مقام پر پڑتی

ہے جو کہ عضوی حیثیت سے بائیں آنکھ کے مقام (م) کے مثل نہیں ہے (و) اس آنکھ کو مقام (و) پر لٹا آتا ہے
اور اس طرح گویا دو شے دکھائی دیتی ہیں۔ غیر ارادی طور پر یہ کوشش جاری رہتی ہے کہ اس آنکھ کا مقام (م)
بقعہ صفراوی (ب) کے مقام پر آجائے اور یہ کوشش عضلہ مستقیمہ وحشیہ کے ذریعہ انجام پاتی ہے اور چہرہ ملنے کو شیا
دو دو کے بجائے ایک ایک دکھائی دینے لگتی ہیں۔ اگر ہم منشور کی طاقت کو بڑھاتے جائیں تو ایک وقت ایسا آئے گا کہ
عضلہ مستقیمہ وحشیہ کے کام کرنے کے باوجود بھی بصارت زوجی قائم رہے گی۔ اس واقعہ سے ہم عضلہ کی طاقت کا پتہ
کر سکتے ہیں اور بصارت زوجی کو درست کرنے کے سلسلہ میں ہم اس امر کا بھی مشاہدہ کر سکتے ہیں کہ آنکھ کا محور پ (ب) کی

میں کے ساتھ ۱۰۰۰ غلات کے متعلق پہچان ذکر کیا جائے گا یہ علامتیں عمومی ہو سکتی ہیں یعنی ان کا اثر جلد مستند رہے جو حسابہ درجہ سے مثبت یا منفی اختیار کر سکتی ہیں یعنی ان کا متعلق صرف کسی خاص عضلہ سے ہو جس کے ماتحت وہی عضلہ متحرک ہو گیا ہو۔

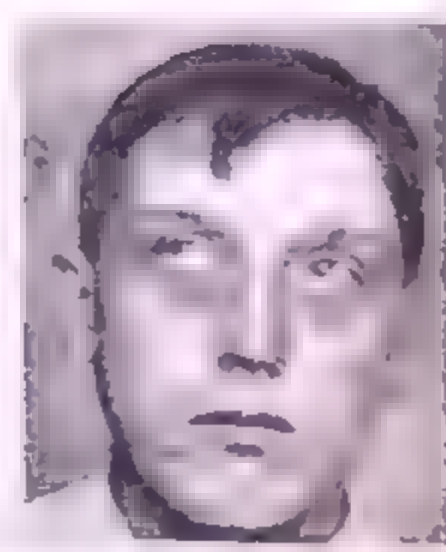
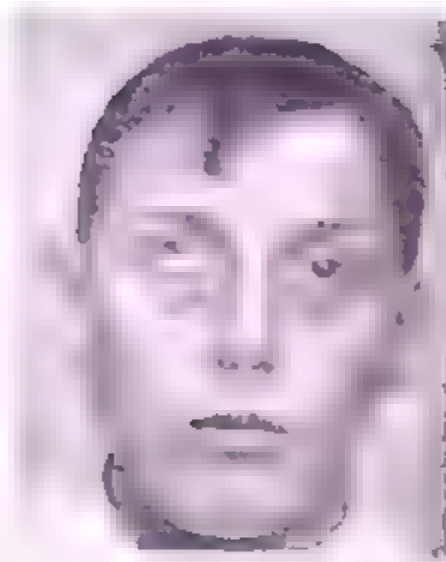
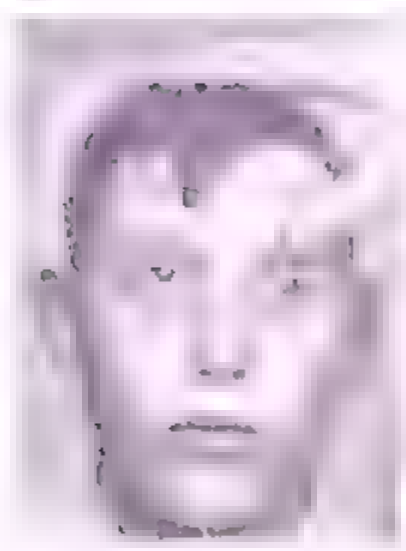
عمومی علامات | ۱۔ حوں جو کہ متضاد عضلات کے فعل سے ظہور پذیر ہوتا ہے اس کو ہم ابتدائی انحراف و سنجی (Deviation) کہتے ہیں جو کہ ماؤف عضلہ کے مخالف سمت میں ظاہر ہوتا ہے۔

۲۔ سڈنٹ حرکت کے متعلق غبار کا ضعف یا بطلان (۳) حوں کی وجہ سے بصارت زوجی کا ظہور ممکن ہے کہ خفیف سترنا کی حالت میں بصارت زوجی پوری طرح عیاں نہ ہو صرف دونوں آنکھوں کی شبیہ آپس میں کمال ہو رہے ہو۔ غمہ ہو نہیں جس کی وجہ سے بصارت میں نرابی پیدا ہو یا اس کی صفائی میں ذرا آجائے (۴) دوارہ رفتار میں غمہ بن نہ بہت کسی حد تک بصارت زوجی ہوتی ہے (۵) کسی حد تک حوں کی وجہ سے آنکھ کے باہر کی اشیاء کا غلط اہتمام رکازب شبیہ (False projection) جس کی وجہ سے پلٹے پھرنے اور کام کان کرنے میں مشکلات پیش آتی ہیں۔ یہ اثر بالخصوص اس وقت نمایاں ہوتا ہے جب کوئی ایسا عضلہ ماؤف ہو جو آنکھ کو نیچے کی طرف لگھاتا ہے (۶) بصارت زوجی کو کم کرنے کی یا بالکل زائل کرنے کی غرض سے بعض مریض اپنے سر کو ماؤف عضلہ کے سمت میں پھیر لیتے ہیں۔ مثلاً بائیں عضلہ مستقیم و مشیر کے ماؤف ہونے کی صورت میں سر کو بائیں طرف اور عضلہ مستقیم انیس کے ماؤف ہونے کی صورت میں سر کو بائیں طرف کھینچ کر ایسا کرنے سے ماؤف عضلہ کے فعل کو مریض کم محسوس کرتا ہے جو خصوصاً ان اشیاء کو دیکھتے وقت ہمارے ساتھ بہت وقت تک راستے میں آتی ہیں۔ کیونکہ اس حرکت سے آنکھ تندرست عضلہ کی طرف گھوم جاتی ہے۔ ۱۰۔ ایسا سر سے بائیں سمت کے حصہ میں بصارت زوجی کم ہو جاتی ہے جس میں دونوں آنکھیں کسی چیز کی طرف نہ مائل ہو سکیں۔ ۱۱۔ ایسی حالت میں ماؤف آنکھ ہی کو بند کرتے ہیں۔

مذکورہ علامات سے معلوم ہوگا کہ نمبر ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ علامات حسیہ ہیں محیطی بسترنا کی صورت میں کوئی ایک عضلہ یا کئی ایسے عضلات ماؤف ہوتے ہیں جن کے نزدیک عصب اپنے ایوان پہنچاتا ہے۔ نیز ۱۰ چوتھا یا چھٹا عصب ماؤف ہو سکتا ہے اور مستثنیات بھی ہو سکتے ہیں بالخصوص جب کہ کوئی سلیب بھی قائم نہیں پیدا ہو رہا ہو۔

عضلہ مستقیمہ علیا کا استرخاء •

- (۱) ۳، ۲، ۱ حوالہ دی صوت میں انکے کی حرکات کا موازنہ — عضلہ
موردہ معدنی کا استرخاء بعد از تصویر میں نقص ہے معدنی دائیں
طرف اوپر دیکھنے میں دائیں اندر اوپر کو پوری یہیں جاتی •
۱۲. سامنے دیکھنے میں دائیں اندر پہنچے کو را جاتی ہے •
- (۵) اوپر کو دیکھنے میں دائیں اندر اوپر یہیں جاتی •
۶. دائیں طرف اوپر کو دیکھنے میں دائیں اندر اوپر یہیں جاتی •
- (۷) دائیں طرف اوپر دیکھنے میں دائیں اندر خفیف سی اوپر کو جاتی
ہے پوری طرح نہیں اوپر جاتی •



عضلات مجری کے استرخاوت و منقبض کے، منی سالوں میں انہک کے وقت میں کے عام صوں معدومات کا خیال رکھیں۔

۱۱۔ مرکبات چشم کی نرالی اور سیارہ زہری ماؤف عضد کی سمت میں بصارت زہری کی زیادتی گریزین عضد و ششیہ تقیمہ ماؤف ہو تو بائیں طرف اور بائیں عضد ششیہ تقیمہ ماؤف ہو تو دائیں طرف میں جاتا ہے۔

(۲)۔ ماؤف آنکھ کسی شے کی طرف دیکھ رہی ہو تو تندرست آنکھ کا ثانوی انحراف، ابتدائی انحراف سے زیادہ ہوتا ہے۔ کیونکہ تندرست آنکھ کا وہ عضد جو پتہ نخل میں، ماؤف آنکھ کے مترخی عضد کے مشابہ ہوتا ہے اس کے اندر بھی تحریک مسترخ عضد کے اندر کی جیسی تحریک کے برابر ہوگی، ورنہ ظاہر ہے کہ مسترخ عضد کو کام میں لانے کے لئے طبعی حالت سے بہت زیادہ عجبی تحریک کی ضرورت ہوتی ہے، لہذا دوسری آنکھ کے تندرست عضد میں بھی یہ تحریک بہت زیادہ قوی ہوگی، اور اس کا طبعی نخل بہت زیادہ ہوجائے گا۔

فرض کیجئے کہ بائیں عضد مستقیم و ششیہ مسترخ ہے اس صورت میں اگر ہم دماغ کی دائیں آنکھ کو ڈھانک کر اس سے کسی شے پر بائیں آنکھ کی نظر جانے کو کہیں جو اس کے بائیں طرف ہو، اب اگر ہم اس کی دائیں آنکھ پر پتہ باتھ ڈالیں تو صاف معلوم ہوگا کہ اندر کی طرف دائیں آنکھ بائیں آنکھ کے انحراف سے کہیں زیادہ خوف ہوگئی ہے، اور اب اس شے کی طرف نظر جانے کے لئے دوبارہ اس آنکھ کو باہر کی طرف گھوم کرنا ہوگا۔

(۳)۔ ماؤف آنکھ کے شبکیہ پر جو شبیہ بنتی ہے اس کو اگر باہر کی طرف فضا میں سے جایا جائے تو ظاہر ہے کہ وہ شے مریض کے مسترخ عضد کی سمت میں معلوم ہوگی، دوسرے الفاظ میں اس کو ہم یوں بیان کر سکتے ہیں کہ کاذب شبیہ کا مقام اسی طرف ہوگا جس طرف کہ طبعی عضد کا فعل انجام پاتا ہے، کیونکہ آنکھ کا انحراف مسترخ عضد کی مقابل سمت میں ہوتا ہے، مثلاً بائیں عضد مستقیم و ششیہ مسترخ ہو تو اس آنکھ کی شبیہ دائیں آنکھ کی شبیہ کے بائیں جانب ہوگی، اور جب صرف ماؤف آنکھ سے کسی شے کی طرف نظر جانی جائے یا جب ماؤف آنکھ کسی شے کی طرف دیکھے تو بصارت زہری بصارت بالعمین کے مقابلہ میں تقریباً دوگنا زیادہ ہوجائے گی۔

آنکھ کا انحراف (دگھاؤ) یا حوالہ استرخاوت عضد کی مقابل سمت میں ہوگا، اور تمام دوسری علامتیں مثلاً حرکت کی کمی، غلط ارتسام یعنی شبیہ کاذب، بصارت زہری کی زیادتی، آنکھ کا ثانوی انحراف، اور سر کی وضع مسترخ۔

بہم انفرادی طور پر عضدات کی استہانی عاداتوں کو ذکر کرتے ہیں

بائیں آنکھ کے عضدہ ستیقرہ وحشیہ کا استرخاء | اگر اس عضد کا استرخاء کئی بہت زیادہ ہو تو اس کی تشخیص آسان ہے۔ کیونکہ مستد قاتی غول کے علاوہ آنکھ (معدہ چشم) کی رکات یا

اس کا انحراف بہرگی طرف ہونے میں تین حسرابی رد نما ہوتی ہیں اور مرض بصارت زوجی کی شکایت بیان کرتا ہو جس کا سر بائیں طرف تو گھوما ہوتا ہے تاکہ مسترخ عضد کی خرابی کو کسی قدر کم کر سکے۔

جب استرخاء جزئی اور خفیف ہو تو ممکن ہے کہ مریض خاص طور پر بصارت زوجی کی شکایت نہ بیان کرے، اور بجائے زوجی بصارت کے وہ کہے کہ اشیا کو صاف طور پر نہیں دیکھ سکتا۔ یا اشیا پھیلی ہوئی نظر آویں، یا مخصوص جب کہ وہ بائیں طرف کو دیکھتا ہو۔ اسی صورت میں تشخیص کے لئے زوجی شبیہ کا معائنہ ضروری ہے۔ اس مقصد کے لئے مریض کو ایک ہی موم بتی کام میں لائی جاتی ہے اور ایک آنکھ مثلاً بائیں کو مرنج شیشے سے ڈھانک دیا جاتا ہے تاکہ دونوں آنکھوں کی شبیہ کو متحدہ متحدہ پچایا جاسکے۔ اب موم بتی کو مریض کی آنکھ کے سامنے اس طرح رکھیں کہ یہ آنکھوں کی سطح کے برابر اپنی ہے اور مریض کی آنکھ سے اس کا فاصلہ ۲ میٹر ہو اس کے علاوہ مریض کی آنکھیں بھی ابتدائی حالت میں ہوں

(الف) اس حالت میں دونوں آنکھوں کی شبیہ ایک دوسرے کے بہت نزدیک ہوتی ہیں یا ایک دوسرے کے چرمی ہوئی دکھائی دیتی ہیں، دونوں شبیہ یک جہی اور ایک ہی سطح پر نظر آتی ہیں بن میں سے سرخ بائیں طرف در سفید دائیں طرف دکھائی دیتی ہے (شفع اشتہ الکی Homonymous diplopia) یہ بہت قاتی حالت ایک یا دوسرے عضدہ ستیقرہ وحشیہ کے استرخاء سے پیدا ہوتی ہے لیکن تجربہ کی اس منزل میں بھی ہم یقین کر سکتے ہیں کہ کونسا عضد ماؤن ہو ہے۔ اس کو معلوم کرنے کے لئے۔

(ب) بچی کو ایک طرف سے دوسری طرف پھریں اور بچی کو حرکت دیتے وقت اس کی دونوں آنکھ کے درمیان بڑھتے یا گھٹتے ہوئے فاصلہ کا خیال رکھیں اور اس کو لکھ لیں، اگر تپتی آہستہ آہستہ دونوں طرف سے بائیں طرف اور مریض اس طرف بغیر سر گھمائے ہوئے نور کے ساتھ دیکھتا ہے تو دونوں آنکھوں کی شبیہ یا ایک دوسرے کے نزدیک تر ہو جائے گی یا صرف ایک بچی دکھائی دے گی۔

مگر پہلی کو منہ سے باہر نہ نکالتے تو دونوں انگوٹوں کی شبیہ ایک دوسرے سے دور ہوتی جتنے کہیں
 ان کے درمیان فاصلہ ہو گا۔ اب اس صورت کا اس شکل میں معلوم ہوتا ہے کہ دونوں انگلیوں کے مابین
 ایک اور عمود کا منہ ایک طرف اور دوسری طرف سے نکلتی ہوئی دو دونوں انگلیوں کی شبیہ کا باہمی فاصلہ
 بتا رہا ہے۔ دونوں انگلیوں کی شبیہ یہ بھی ہوتی ہیں چونکہ ان کے مابین فاصلہ سے کسی قسم کی کوئی حرکت
 نہیں ہوتی۔ اب یہ سمتی و باہر کی حالت لکھیں اور دیکھیں



شکل نمبر ۲۰

تو ہمیں ان دونوں شبیہوں کی طرف سے ایک ہی حالت کو
 ثابت ہائے کی اور کسی قدر دائیں آنکھ کی شبیہ سے نیچے کو ہوگی۔
 اس کی وجہ یہ ہے کہ عمود تیز و مشید اس سے باہر نکلتا ہے
 اور یہ ہم کو نہیں بدلتا۔ دیکھیں کہ یہ حالت ہے۔ عمود موبہ شبیہ
 کی ایک طرف سے نکلتا ہے اور دوسری طرف سے نکلتا ہے مگر دیکھیں کہ

انھانے کی طاقت اس کی باہر ہوتی ہے۔ اس سے باہر آنکھوں میں آنکھوں سے نسبتاً اونچی ہوتی ہے اور اس کا عمود قطری طور
 میں رہتا ہے۔ اگر میں آنکھوں کو کہتی ہوں کہ دیکھتی رہتی ہے وہ دیکھتی رہتی ہے اور اس کا عمود قطری
 کسی مذہب یا اس طرف جاکر جاتا ہے۔ حالانکہ اوپر کی طرف دونوں انگلیوں کے عمودی قطر ایک دوسرے کی طرف
 نہیں ہیں جس کی وجہ سے دونوں شبیہ کے اوپر کے سرے ایک دوسرے سے متباعد ہوجاتے ہیں اس حالت میں دیکھیں کہ
 کا طرف طبعی حیثیت رکھتا ہے، اس لئے اس کی شبیہ سیدھی دکھائی دیتی ہے مگر بائیں آنکھ کی شبیہ دائیں آنکھ سے ہٹی ہوئی
 اور عمودی معلوم ہوتی ہے۔ اور آنکھوں کو لکھیں محسوس کرتی ہے۔

اس طرح کی آنکھ کی حالت بدھنی نیچے اور باہر کو ہوتی ہے اس کا خلاف اس کے عمودی قطر میں بائیں آنکھ
 موبہ کی وجہ سے مکرر ہو جاتا ہے۔

۵۔ اب اگر مرض سے سرجی کی طرف خاص طور پر دیکھنے کو کہا جائے یعنی بائیں آنکھوں کی طرف
 آنکھ کی طرف والی شبیہ کو دیکھنے کی تاکید کی جائے تو اس صورت میں نسبت اس حالت کے جب کہ مرض کو سفید پتلی کی
 طرف دیکھنے کو لکھیں، دونوں شبیہ کا درمیانی فاصلہ بہت زیادہ ہوتا ہے۔

مریض کی تذرت تکہ گو بند کریں اور صبح اپنی انگلی کو مریض کے سامنے اس قدر فاصلہ پر رکھیں کہ وہ اس کو پکڑ پکڑے مریض کی انگلی مریض کے بائیں طرف ہو اور مریض سے کہا جائے کہ وہ اس انگلی کی طرف اپنی انگلی سے شست لگائے۔ تو اس صورت میں مریض نہ کرنے والے کو مدد دے ہوگا کہ مریض اس انگلی کے بائیں طرف نہ ہوتی ہوئی شست لگا رہا ہو یعنی اس کی انگلی صبح کے بائیں طرف کو اشارہ کر رہی ہے اس کی وجہ یہ ہے کہ مریض کے عضلہ وحشیہ مستقیمہ میں جو عضلہ تحریک پہنچتی ہے اور جو اس کی آنکھ کو اس شے کی طرف گھومانے کا باعث ہوتی ہے وہ اس قدر تیز اور قوی ہوتی ہے کہ جس کی بنا پر مریض کو خیال پیدا ہوتا ہے کہ وہ شے اپنے اصلی مقام سے زیادہ بائیں طرف کو ہے، گو یا کہ مختلف اشیاء کے باہمی فاصلہ کا اندازہ ہم ان ہی عصبی تحریکات سے کرتے ہیں، جو کہ مقدمہ عین کے مجھری عضلات کی حرکات کے لئے دماغ سے آتی ہیں۔

ماون آنکھ کے سامنے افقی طور پر منشور مشقی (منشور کا قاعدہ باہر کی طرف ہو) کو رکھا جائے تو دونوں آنکھوں کی شبیہ ایک دوسرے سے نزدیک ہو جاتی ہیں۔ یعنی اگر ہم صحیح منشور کو منتخب کر سکیں تو ممکن ہے کہ بصارت زوجی بالکل زائل ہو جائے اور دونوں شبیہ ایک دوسرے سے بالکل مدغم ہو جائیں۔

بائیں آنکھ کے بالائی عضلہ موربہ کا استرخار | اس عضلہ کا استرخار اس وقت زیادہ نمایاں ہوتا ہے جب کہ نیچے اور اندر کی طرف مقدمہ چشم کی حرکات کی ضرورت ہو۔ کیونکہ اس صورت میں اس عضلہ کا مقدمہ چشم کو نیچے کی طرف جھکانے کا فعل زیادہ سے زیادہ ہوتا ہے، اس کے باوجود اس کا بیع موازنہ شکل ہو۔ خواہ اس عضلہ میں استرخار کتنی ہی کیوں نہ لاحق ہو۔ کیونکہ عضلات مستقیمہ زیریں اور اسی میں عضلہ کی حرکات میں امداد کرتے ہیں۔

الف پوئے میدان بصری افقی سطح کے اوپر دونوں آنکھیں ہر شے کو دیکھتی ہیں، اور ان کی شبیہ ایک ہوتی ہے۔ افقی سطح کے نیچے درمیانی خط پر بصارت زوجی پیدا ہوتی ہے جس میں بائیں آنکھ کی شبیہ دائیں آنکھ سے ذرا نیچے واقع ہوتی ہے، کیونکہ بالائی عضلہ موربہ آنکھ کو نیچے کی طرف گھمانے میں مدد دیتا ہے، اور اب اس عضلہ کا استرخار کی صورت میں اس کا فعل زائد ہونے کی وجہ سے بائیں آنکھ دائیں آنکھ سے ذرا اونچی ہوتی ہے، نیچے اور اندر کی طرف مقدمہ عین کی وضع یک ایسی وضع ہے جس میں بالائی عضلہ موربہ پر زور پڑتا ہے، تاکہ آنکھ نیچے کو گھومی ہوگی

سب سے سب سے وقت میں مذکورہ عضلہ کے فعل کا غائب ہونا نمایاں ہوتا ہے اور جب آنکھ سے وقت میں رکھی جائے تو زوجی شبیہ کا عمودی فاصلہ سب سے زیادہ ہوتا ہے۔

(ب) بالائی عضلہ موربہ آنکھ کو باہر کی طرف کھاتے ہیں اور کرتا ہے لہذا اس کا سترخاں اس کو بہ وقت ان عضلات کی ذمہ داری پر چھوڑ دیتا ہے جو کہ اس کو اندر کی طرف حرکت دیتے ہیں اور اس طرف آنکھ گھوم جاتی ہے اور استقامتی حالت ظہور پذیر ہوتی ہے جس کی وجہ سے بائیں آنکھ والی شبیہ دائیں آنکھ والی شبیہ کے دائیں طرف ہوتی ہے اس کو ہم زوجی شفیع اشتراکی Homonymous diplopia کہتے ہیں۔

(ج) بالائی عضلہ موربہ آنکھ کے عمودی نقطہ کو اندر کی طرف جھکاتا ہے لہذا اس کے سترخاں کی حالت میں نیچے کی طرف بلا واسطہ گھماؤ کی صورت میں زیرین عضلہ مستقیمہ کے فعل سے مقدمین باہر کی طرف گھوم جاتا ہے جس کی وجہ سے بائیں آنکھ کی شبیہ مریض کے دائیں طرف جھک جاتی ہے۔

(د) بالائی عضلہ موربہ کا سب سے زیادہ فعل اس وقت انجام پاتا ہے جب کہ آنکھ نیچے اور باہر کی طرف دیکھ رہی ہو لہذا اس کے سترخاں کا اثر صرف اس حالت میں زیادہ ظاہر ہوتا ہے اور اسی وجہ سے شبیہ تندرست آنکھ کی طرف سب سے زیادہ جھکی ہوئی ہوتی ہے۔

(۷) عجیب بات اس عضلہ کے سترخاں میں دیکھی گئی کہیں زیرین عضلات مستقیمہ کے سترخاں میں دیکھی جاتی ہے کہ ماؤٹ آنکھ والی شبیہ مریض کے زیادہ نزدیک نظر آتی ہے جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ ماؤٹ آنکھ والی شبیہ مریض کے نزدیک باہر نصابیں فرش پر پڑی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔ دوسرے طریقہ پر انہیں امور کو ہم ذیل کے اعنائیں بیان کر سکتے ہیں:



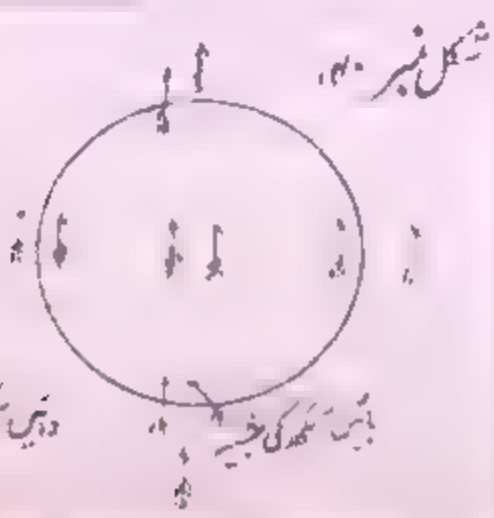
شکل نمبر ۲۰

افقی سطح کے نیچے زوجی شفیع اشتراکی پیدا ہوتا ہے اور ماؤٹ آنکھ کی شبیہ دائیں آنکھ کی شبیہ سے نیچے کی سطح پر اور دوسری شبیہ کی طرف جھکی ہوئی زیر مریض سے نزدیک معلوم ہوتی ہے جب شبیہ بہت زیادہ نیچے اور باہر کو ہو تو ماؤٹ آنکھ کی شبیہ تندرست آنکھ کی شبیہ سے اونچی دکھائی دیتی ہے۔

کیونکہ اس وقت تک کہ عموادی نقطہ ثابت زیدہ بابہ کو پہنچا ہوا ہوتا ہے جس کی وجہ سے شبیہ شبکیہ کے نیچے اور اس کے حصہ پڑتی ہے۔ لہذا نگہ کے یہ ہر دو اوپر کی طرف نظر آتی ہے۔ اس حالت میں بصارت زوہی کو کم کرنے سے منع ہوتا ہے۔ کہنے کے لئے دہن میں سر کو اسے ورد میں لانے کی طرف جھکا دیتا ہے اور اپنا چہرہ تندرست نگہ کی طرف پرت ہوتا ہے۔ اس وقت دور دیکھنا، نمایاں ہوتا ہے، ورنہ میوں سے نیچے ترے میں بعض اوقات شکل میں آتی ہے۔ زوہی ابھارت کو مشورہ ثلثی سے درست کرنے کے لئے دو مشورہ ثلثی کی ضرورت پڑتی ہے۔ ایک، کہ اس کے سامنے ہر کچھ کا قاعدہ نیچے کو ہوتا ہے کہ عموادی فرق زائل ہونے کے اور دوسرا وہی، کہ اس کے سامنے ہر کچھ کا قاعدہ باہر کی طرف ہوتا ہے کہ جانبی فرق درست ہونے کے یہ بھی ممکن ہے کہ صرف ایک مشورہ سے ہم اس زوہی کو رفع کر لیں، بشرطیکہ اس مشورہ کو زوہی طاقہ پر رکھا گیا ہو۔

تیسرے عصب جمجمی کا استرخاؤ | عضلہ عقیقہ نیسہ، بالائی عضلہ مستقیمہ، زیرین عضلہ مستقیمہ، زیرین عضلہ موربہ

عصرہ نمہ عجب، عصب ثالث کی تمام شاخوں میں شکل استرخاؤ، یہ ایک بہت پیش کرتا ہے۔ بالائی بن بیچے کو زور پڑتی ہے۔ اور اوپر کو اٹھا ہوا معلوم ہوتا ہے۔ کیونکہ عضلہ جب یہیہ مؤخرہ کا فعل زیادہ ہوتا ہے۔ یہ دہن آدھا ہوتا ہے۔ اور بے حرکت ہوتا ہے۔ طاقت توفیق بالکل ضائع ہو جاتی ہے۔ بالکل کسی قدر ابھرتا ہے۔ کیونکہ عضلات مستقیمہ کا نیچے کی طرف دباؤ پڑتا ہے۔ حوالہ متعہ پایا جاتا ہے۔ آنکھ کی حرکت زور کی طرف خفیف ہوتی ہے اور نیچے دباؤ ہر کی طرف بالائی عضلہ موربہ اس کی حرکت کو انجام دیتا ہے۔ اس کو ہم یا سانی



مجمعی عروق کی جگہ تبدیل کر کے دیکھ سکتے ہیں۔ اگر استرخاؤ کو کچھ عرصہ گزر گیا ہو تو عضلہ مستقیمہ و شبیہ کا آنکھ پر تسلط ہو جاتا ہے اسی لئے آنکھ باہر کی طرف لگے ہو جاتی ہے۔

عصب ثالث کے استرخاؤ کی بعض حالتوں میں تشخیص آسانی سے ممکن ہو مگر با اوقات شکل میں پیش آتی ہے۔ اگر استرخاؤ نہ ہو تو زوہی شبکیہ کا معائنہ حسب ذیل وجوہ کی بنا پر نہ دینی ہے۔

دایاں بالائی عضد مستقیمہ حقیقتاً بائیں زیریں عضد موربہ کے ساتھ کام کرتا ہے۔ م۔ م۔ م۔ ان کے
افعال تینوں طرف ایک ساتھ انجام پاتے ہیں۔ اوپر بائیں طرف حرکت کرتے ہیں۔ اور بائیں طرف آنکھ کو ٹھٹھاتے ہیں۔
ہم پہلے بیان کر چکے ہیں کہ کسی عضد کے استرخا سے آنکھ کی حرکت اس عضد کے فعل کے مخالف طرف کو ہوتی
ہے۔ اور کاذب شبیہ آنکھ کے باہر فصائیں۔ ذن آنکھ کے سنی طرف نظر آتی ہے۔ دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب

یہ ہوا کہ کاذب شبیہ عصبہ کے طبعی فعل کی طرف دکھائی
 دیتی ہو۔ مذاہمکل بذ جس میں کہ بصارت زوجی مختلف اقسام
 کے ستر خا کی حالت میں ظاہر کی گئی ہو۔ دراصل کلا سبتہ
 سے مطابقت کرتی ہو۔

مذکورہ بالا شکل میں بھارت زردی کی حالت کو
(جو کہ مختلف عضلات کے ستر خا کو ظاہر کرتی ہے)
نقطہ دار بتی کی صورت میں ظاہر کیا گیا ہے۔۔۔ اس پر
ماؤف عضلہ کا نام لکھ دیا گیا ہے، نقطہ دار خطوط والی بتی کا زب شبیہ کو ظاہر کرتی ہیں جو باؤف آنکھ سے متعلق ہے لیکن
مستقل خطوط والی بتی صادق شبیہ کو بتاتی ہیں جو کہ صحیح آنکھ سے متعلق ہے۔

عضلات مستقیمہ کے متعلق ہم اتنا اور کہیں گے کہ ان سے متعلق کاذب شبیہ معیشت کا (Lozenge shaped) پیش کرتی ہے جو اس تصویر کے وسط میں دکھائی گئی ہیں اور کاذب شبیہ جو عضلات موربہ سے متعلق ہیں وہ تصویر کی طرف دکھائی گئی ہیں۔ اسی تصویر سے یہ بھی ظاہر ہوتا ہے کہ نقطہ دار شبیہیں صادق شبیہوں سے اوپر نیچے یک تراز کرتی ہیں، جس کا مطلب یہ ہے کہ کاذب شبیہیں صادق شبیہوں سے اوپر کو دکھائی دیتی ہیں۔ اس کے علاوہ تشخیص کے لئے اس میں ایک اور بھی ضروری بات یہ پائی جاتی ہے کہ جو عضلات تصویر کے بالائی نصف حصہ میں دیئے گئے ہیں وہ ظاہر کرتے ہیں کہ بصارت زوجی آنکھ کے میدان قیام کے بالائی حصہ میں واقع ہوتی ہے یعنی اسی وقت ظاہر ہوتی ہے جب کہ آنکھ کو اوپر کی طرف حرکت دی جائے۔ یہی قاعدہ بعینہ نیچے کے نصف حصے کے متعلق بھی صحیح طور پر سمجھنے کے لئے ضروری ہے کہ کسی ایک عضلہ کو مثال کے طور پر لیں فرض کیجئے کہ ہم

معلوم کرنا چاہتے ہیں کہ زیرین عضلہ مستقیمہ کے استرخار سے کس قسم کی بصارت زوجی پیدا ہوگی۔ اس کے معلوم کرنے کے لئے صرف یہ کافی ہے کہ ہم اس تصویر کے مرکز سے نیچے بائیں حصہ کی طرف دیکھیں۔ اس سے بصارت زوجی کا پتہ چل جائے گا۔ اس کو اگر ہم عام فہم الفاظ میں بیان کرنا چاہیں تو غیر وار ذیل کے طریقہ پر بیان کریں گے۔

(۱) بصارت زوجی متقاطع ہوگی، کیونکہ بائیں آنکھ کی کاذب شبیہ صادق شبیہ کے دائیں طرف ہی یعنی دائیں شبیہ بائیں آنکھ کی ہے۔

(۲) کاذب شبیہ کا بالائی سر صادق شبیہ کی طرف جھکا ہوا ہے۔

(۳) کاذب شبیہ صادق شبیہ سے نیچے کی طرف ہے، یعنی صادق شبیہ سے نیچے کی سطح پر واقع ہے۔

(۴) بصارت زوجی نیچے کی طرف آنکھ کو حرکت دینے میں ظاہر ہوتی ہے، کیونکہ کاذب شبیہ تصویر کے زیرین حصہ میں واقع ہے، یہی طریقہ عضلات کے استرخار سے متعلق بصارت زوجی کے معلوم کرنے کے لئے استعمال کریں گے۔ عضلات موربہ سے متعلق بصارت زوجی کا حال معلوم کرنے کے لئے تصویر کے بیرونی حصہ کا معائنہ کریں اور اس طرف کا عضلہ جو اسی طرف تصویر میں دیکھیں جیسا کہ شکل نمبر ۱ میں بتایا جا چکا ہے۔ بالائی عضلہ موربہ نیچے ہوگا، اور زیرین اوپر۔

یہ امر ذہن نشین رکھیں کہ وسط میں چاروں عضلات مستقیمہ ہیں اور باہر کی طرف چاروں عضلات موربہ۔ ایک طریقہ یاد رکھنے کا یہ بھی ہے کہ ہر آنکھ کو تقاطع سلیسی کے ذریعہ یاد رکھا جائے۔ اس سلیسی شکل کے اندر دو خطوط عضلات مستقیمہ کو ظاہر کرتے ہیں، اور باہر کے عضلات موربہ کو۔

مذکورہ طریقہ زیادہ آسان ہے کیوں کہ اس کے ذریعہ باسانی ہم مختلف عضلات چشم کے استرخار کی وجہ سے پیدا ہونے والی بصارت زوجی کو سمجھ سکتے ہیں، یا یہ بھی ممکن ہے کہ بصارت زوجی کا صحیح اندازہ ہونے کے بعد ہم باسانی یہ معلوم کر سکیں کہ کس عضلہ کا استرخار لاحق ہے۔

بعض اقسام کے استرخار ایک دوسرے سے ثابت رکھتے ہیں، کیونکہ ان میں بصارت زوجی پائی جاتی ہے۔ مثلاً بائیں بالائی عضلہ موربہ کا استرخار، دائیں زیرین عضلہ موربہ کے استرخار سے بہت زیادہ مشابہ ہوتا ہے، کیونکہ ان دونوں میں بصارت زوجی اتنی سطح سے نیچے اور شبیہ کاذب بائیں طرف شبیہ صادق سے نیچے، نیز اس کی طرف عمکی

ہوتی ہوئی ہر ان دونوں میں امتیاز کے لئے یہ کہیں کہ عضد موربہ کے استرخا میں زوئی شفع شتر کی ہوتا ہوتا ہے
 کا ذب شبیہ میں آنکھ سے متعلق ہے۔ اور عضد مستقیم
 کے استرخا کی صورت میں کا ذب شبیہ میں آنکھ کی زوئی
 یعنی عبارت زوئی قاطع ہو کر ترقی ہو



ماہر ڈوائے : Duano : نے بیان کیا

کہ آنکھ کی ہر وضع میں بصارت زوئی عمودی طور پر
 سب زیادہ ہو اس سے تشخیص میں مدد ملتی ہے۔ ورنہ جس
 ان عضلات کے متعلق جو کہ آنکھ کو اوپر اٹھانے والے

یا پڑنے والے ہوں، مثلاً مذکورہ حالتوں میں ہیں، ہر ان عضد موربہ کے استرخا کی صورت میں عبارت زوئی کے
 اندر دونوں شبیہ عمودی طور پر ایک دوسرے سے سب زیادہ اس وقت دو ہوں گی جب کہ آنکھ کو ہم نیچے، دائرہ
 کی طرف کھانے کی کوشش کریں، اور اس طرح سب زیادہ فیصد زیرین عضد مستقیم کے استرخا کی صورت میں اس
 وقت ہوگا، جب کہ آنکھ نیچے، اور باہر کی طرف کھائی جائے، اس کے علاوہ یہ بھی ضروری ہے کہ کا ذب شبیہ جو دونوں
 آنکھ سے متعلق ہوتی ہے یہ اسی طرف پائی جاتی ہے جس طرف بصارت زوئی برعکس ہے یعنی اگر وپر کی طرف
 دیکھیں تو زوئی بصارت بڑھ جائے تو زیادہ اونچی شبیہ مستقیم آنکھ کی ہوگی، اور اگر وہ دونوں شبیہوں کا درمیان
 فاصلہ نیچے کی طرف دیکھیں تو بڑھ جائے تو زیرین شبیہ، وٹ آنکھ کی ہوگی۔

اگر بصارت زوئی کسی خاص عضد سے متعلق نہ ہو تو اس حالت میں ایک سے زیادہ عضلات
 ماؤف ہوتے ہیں اور ان کا معلوم کرنا بعض اوقات ناممکن ہو جاتا ہے۔ دو اسباب ایسے ہیں جن کی بنا پر ایسی
 بصارت زوئی کی نوعیت بدل جاتی ہے۔ پہلی صورت میں مرض جب کسی شے کی طرف استرخا والی آنکھ سے دیکھنے
 تو اس شے کی شبیہ مرض کو صحیح جگہ پر معلوم ہوگی، اور صحیح آنکھ کی شبیہ اپنی جگہ سے ہٹ جائے گی، ب
 فرض کیجئے کہ بصارت زوئی کسی خاص حالت کے مقابلہ میں تبدیل ہوگئی ہے تو ماؤف آنکھ کی شبیہ عمودی و
 دے گی۔

انداز مرض کے علاوہ استرخاء کی حدود کا ناپنا
اس سے بھی ضروری ہو کہ اس سے مرض کی حالت میں تہری
کا اندازہ بھی ہو سکتا ہے اور یہ مقصد بصارت زوجی کی
شبہوں کے درمیان فی فاصلہ کو ناپ کر حاصل کیا جاسکتا
ماہر متذکس Maddox کے عصارے کے ذریعہ
یہ پائش ممکن ہے بصارت زوجی کے درست کرنے کے لئے
جو مشورہ درکار ہو اس کو معلوم کرنے کے بعد بھی یہ مقصد حاصل ہو جاتا ہے، مگر مشورے کے سلسلہ میں یہ خیال رکھیں کہ آنکھ
کا میدان مشورے کے نصف زاویہ کے برابر ہوتا ہے۔

دوسرا طریقہ یہ ہے کہ ماؤف عضلہ کی طرف آنکھ کی حرکت کی طاقت کا اندازہ اس کے میدان بصر ناپنے والے
آلے کے ذریعہ کیا جائے۔

مجرى عضلات کے استرخاء کے اسباب

ایک یا ایک سے زائد مقدمات کے عضلات کی طبعی طاقت کے زوال کو مرض نہ
سمجھنا چاہئے بلکہ یہ ہمیشہ کسی مرض کی علامت کے طور پر لاحق ہوا کرتا ہے۔ اور یہ
مرض عصبی نظام میں کسی جگہ مخ الدماغ سے لے کر عضلات تک ہو سکتا ہے۔
مجرى عضلات کے ابتدائی امراض بہت ہی شاذ و نادر دیکھنے میں آتے ہیں اور ثانوی طور پر عضلات میں ان
غرابیوں کا حقوق مرضی حیثیت سے خفیف ہوا کرتا ہے۔

مندرجہ ذیل مقامات پر یہ مرضی تغیر پایا جاتا ہے۔

(۱) مجمر (۲) جمجمی قاعدہ یہاں پر پیدا ہونے والے تغیرات مثلاً شق سفینی اور وہ تغیرات ہیں جو شق سفینی
اور قنطرہ کے درمیان قاعدہ جمجمی پر پائے جاتے ہیں۔ (۳) قنطرہ میں پائے جانے والے تغیرات۔ خواہ یہ قنطرہ
کے اندر عصب باصرہ کے الیاف کو ماؤف کریں یا یہ نواتی تغیرات ہوں جو کہ اعصاب کے نوات کو مجرى سفینوس
اور بطن چہارم کے فرش پر ماؤف کریں

(۴) مکی تغیرات۔ جو ان نوات در تطبیق دینے والے مرکز کے اوپر ہوں یا مخ الدماغ کے اندر ہوں مذکورہ چاروں



شکل نمبر ۱۰۔ شکل نمبر ۱۱۔ شکل نمبر ۱۲۔

فصل دوم: کلیات کا استعراض •

- (۱) سامعے دیکھنے میں دونوں انکھوں کی ہئیت •
- ۲ دائیں طرف پہنچے دیکھنے میں دونوں انکھوں کی ہئیت •
- (۳) دائیں طرف اوپر دیکھنے میں دونوں انکھوں کی ہئیت •
- (۴) دائیں طرف نیچے دیکھنے میں دونوں انکھوں کی ہئیت اس
حالات میں استخوانی حالت صلب سے زیادہ نہ ایمان ہے •
- (۵) نسیج بھونپنے کی طرف دائیں ناکہ کو دائیں کرنے پر بائیں انکھ
فرا اندر کی طرف آجاتی ہے •
- (۶) بائیں انکھ کو نسیج بھونپنے کی طرف قائم کرنے میں دائیں
نادرست انکھ قاعوی طور پر بہت زیادہ اندر کی طرف آجاتی ہے •



قلم کے تغیر یعنی منہی علامات کے لحاظ سے بالکل زحیثیت رکھتے ہیں اور اپنے منہی اسباب مختلف مقامات کے لحاظ سے منہی کی آئندہ زندگی میں مختلف اثرات پیدا کرتے ہیں۔

۱۔ پہلی قسم یعنی مجری تغیرات کی وجہ سے عضلات کی طاقت کمزور۔ اس قاعدے کوئی نقص نہیں پہنچتی۔

۲۔ دوسری قسم جس کا تعلق جمجمی قاعدہ سے ہوتا ہے۔ اس میں اکثر جمجمی عضلات میں استرخاؤ لاحق ہوتا ہے۔ یہ استرخاؤ تشکیلی ہوتا ہے نہ کہ تخریبی۔ اور انہیں کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔

بیرہ فی صد مستقیمہ جو اکثر زیادہ ہشکاردہ جاتا ہے یہ بقیہ تمام مجری عضلات سے زیادہ استرخاؤ میں مبتلا

ہوتا ہے۔ اس کو چھپانا جاسکتا ہے بشرطیکہ وہ نرم کی علامات موجود ہوں۔ یا حمل مرض سے پہلے سردی لگنے یا بھیٹنے کے باعث پٹے جائیں۔ ان وضعیوں میں سے بعض کے استرخاؤ کا سبب سخی انجذاب بھی ہو سکتا ہے۔

آتشک کی حالت میں وضعی آتشک کے منہی خاص علامات بیان کرے گا جس کی تقویت مثبت تغیرات سے ہوگی۔ مثلاً استرخاؤ عضلات مجری کا جو آتشک کی وجہ سے ہو وہ دیر میں ظاہر ہونے والی وضعی علامات میں سے ہوتا ہے۔ اس کا سبب عظام میں وہ تضخم یا ادھام عذیبہ ہو سکتے ہیں۔ جو جمجمی قاعدہ پر پائے جاتے ہیں۔ ان کے علاوہ تشکیلات اور التهاب غشاء عصب بھی اس کا باعث بن سکتے ہیں۔ عصب ثالث خاص طور پر جمجمی قاعدہ میں اور ام عذیبہ کی وجہ سے ماؤف ہوتا ہے۔ خصوصاً جب یہ عین شق پر واقع ہو۔ اسی صورت میں دہائی تخن کا خطر پہلی علامت ہوتا ہے۔

مذکورہ بالا اسباب کے علاوہ سادات صدیری التهاب وسط اذن، انورسا وغیرہ بھی استرخاؤ کا سبب ہو سکتے ہیں۔ اگر انورسا صدیری مشربانی ہو یا مخصوص جوف کف میں واقع ہو تو عصب سادس جمجمی اس میں مبتلا ہوتا ہے۔ ایسے ہی اس وقت بھی ہوتا ہے جب کہ مخی سلحہ میں جمجمی نقطہ بہت زیادہ بڑھ جائے۔

جمجمی قاعدہ کی سر میں عصب اربع کا استرخاؤ ممکن ہے۔ اور اس امر کا بھی امکان ہے کہ صرف یہی استرخاؤ اس کی ایک علامت ہو جس کی وجہ یہ ہے کہ عصب عظم صدغی کے مجری حصہ کی چوٹی پر سے گزرتے ہوئے مجروح ہو جائے۔ اگر منہی تغیر میں عصب سادس کا استرخاؤ زیادہ عام ہے۔ اور بہت ممکن ہے کہ دونوں طرف ہی حالت پیدا ہو جائے۔ جمجمی قاعدہ کے وضعی تغیرات مثلاً استرخاؤ کے سبب کی تشخیص میں ہمیشہ یہ یاد رکھنا چاہیے کہ یہ بہت بہتہ لاحق

ہوتا ہے۔ دیرینے بعد، یکے دوسرے جمبی اعصاب اپنے تشریحی مقام کے لحاظ سے ماؤں ہوتے ہیں (بالفرض اگر ایسا نہ ہو تو بھی اس امر کی طرف متوجہ ہونا ضروری ہے) مثلاً مقلی عضلات کے استرخار کے ساتھ ساتھ عصب وحشی میں در دیا چہرے کی تحدیر پانی پانی سے۔

علاوہ ازیں اگر ایک دونوں عصب باصرہ میں سمور لاحق ہو اور اندھا پن شب کیلئے نصف انقی حصہ میں پیدا ہو۔ تو ایسے استرخار کا سبب جمبی قاعدہ سے ہی متعلق ہو سکتا ہے۔

انداز مرض۔ اس علامت کو پیدا کرنے والے مرض کا علاج کریں۔ ابتدائی مراح میں گھٹتی پرچھونک لگاویں اور بعد کے مراح میں بجلی کی گلوٹانک روسے علاج کریں۔ اس کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ جن کو نڈ کر کے اس رو کو گزارا جائے، مگر ماہرین کا خیال ہے کہ عضلات پر بلا واسطہ طریقہ پر رو کا قطب رکھنے سے زیادہ فائدہ پہونچتا ہے۔ اس سے بھی بہتر طریقہ یہ ہے کہ معالج کر کیا ہوا قطب کمر پائی اپنے ایک ہاتھ میں رکھے اور اپنی تفصیلی کی حد سے اس کو خوب مس کرے اور اسی باتہ لی انگشت شہادت کو متقلعین پر مختلف عضلات پر لگائے۔ لیکن انگلی پر ایک تتر کئے ہوئے سمل کے کپڑے کی ہو اور اس عمل سے پہلے متحر کو مخدر کر لیا جائے۔ دوسرا قطب کمر پائی جو کہ ترکی ہوئی، ایک قوس سے اس کو مرض کی گردن کے پیچھے لگا دیا جائے۔

گلوٹانک کمر پائی رو کی طاقت ۱۰ سے ۲۰ می ایمپیر تک ہونا چاہئے۔ انگلی کو کبھی لگانے اور کبھی ہٹانے پر مرض بجلی کے جھٹکے محسوس کرتا ہے۔ معالج کو چاہئے کہ رو کی طاقت کا اندازہ کرنے کے لئے پہلے مرض کے رخسار پر اس کو لگائے اور اندازہ کر لے۔ یہ طریقہ زیادہ کارآمد ہے۔ کیونکہ معالج کو رو کی طاقت کا اندازہ اپنی انگلی کے احساسات کے ذریعہ ہوتا رہتا ہے۔

قدی طریقہ علاج سے بھی نتائج اچھے برآمد ہوتے ہیں اس کے لئے ملحقہ کو قنوی وصلبی جابر انصال پر کسی مقام پر نہیں کہ ماؤں عضلات تنہا چیم سے آکر پوریت ہوتا ہے۔ ایک چمٹی کے ذریعہ پکڑنا چاہئے۔ آنکھ کو عضلات کے طبی مقام پر طرٹ مکینیا جائے یاں تک کہ اس کو طبی انقباض کی مدد سے ذرا آگے تک لے جایا جائے اور پھر اس کو واپس اپنی جگہ پہونچنے کے لئے چھوڑ دیا جائے۔ دن میں ایک مرتبہ ایک سنٹ تک یہی عمل کیا جائے۔ آنکھ کی تحدیر سے لے کر کین محسوس ہوتا ہے۔

منشور مثلثی والی عینک استعمال کریں۔ اس سے یہ تو بصارت زوجی زائل ہو جاتی ہے کہ نور عضد میں کام کرنے کی تحریک ہوتی ہے۔ پہلی صورت کے لئے منشور کے ایسے ٹیٹے استعمال کریں جو بصارت زوجی کو پوسے طور پر زائل کر دیں۔ یہ حالت چونکہ آنکھ کی ایک ہی وضع میں ممکن ہوتی ہے اس لئے منشوری عینک بہت کم استعمال کی جاتی ہے۔ عضد کو تحریک دینے کے لئے ضروری ہے کہ منشوری عینک ایسی ہو جو بصارت زوجی کو پوسے طور پر زائل نہ کرے بلکہ کسی قدر باقی رکھے تاکہ کمزور عضد کچھ کوشش کر کے دونوں آنکھوں کی بصارت کو واحد بنائے۔ ایسی عینک کو چند روز تک قائم رکھیں اس کے بعد اس سے کمزور منشوری عینک دیں۔ اسی طرح رفتہ رفتہ اس کی طاقت کو کم کر کے اصل حالت پر لے آئیں۔

ہم ڈگری طاقت کی منشوری عینک سے زیادہ طاقت کی عینک مریض شاذ و نادر ہی استعمال کر سکتے ہیں بصارت زوجی مختلف وضع میں مختلف ہوتی ہے لہذا اس حالت میں اس کا استعمال محدود ہے۔

مذکورہ علاج کے سلسلہ میں بہت ہے کہ دوران علاج میں دوسری آنکھ کو بند کر دیا جائے تاکہ مریض کو بصارت زوجی سے تکلیف نہ ہو۔ اس سے بھی زیادہ بہتر تدبیر یہ ہے کہ بائیں عضد کے ماؤٹ پھٹنے کی صورت میں میان بصر کا صرف وہ حصہ الگ کر دیں جس میں بصارت زوجی پائی جاتی ہے۔ اس طریقہ سے دونوں آنکھیں بغیر حصہ میں مجموعی حیثیت سے بصارت کے کام انجام دے سکتی ہیں۔

جراحی عمل کی ضرورت صرف اس وقت پیش آتی ہے جب کہ چند ماہ یا ایک سال تک دوسری تدابیر سے عضل توازن قائم نہ ہو سکے۔ مسترخی عضد کا عمل تقدیم (Advancement) اور اس کے ساتھ تدریجی عضد کے وتر کا قطع کرنا ضروری ہے بعض اوقات دوسری آنکھ کے مشارک عضلات کا قطع و تر بھی کیا جاتا ہے۔ مگر اس میں شریکی طور پر مریض حرکت پیدا ہوتی ہے۔ بیرونی و اندرونی عضلات مستقیمہ پر یہ عمل جراحی کرنے سے نتائج چھپے پیدا ہوتے ہیں مگر بالائی اور زیرین عضلات مستقیمہ پر جراحی عمل کارآمد نہیں ثابت ہوتا۔

عضلات موربہ پر کبھی جراحی عمل نہ کرنا چاہئے مگر جب یہ ماؤٹ ہوں تو مقابل کی آنکھ میں ان کے شریکی عضلات کا قطع و تر ضروری ہے (مثلاً دائیں بالائی عضد موربہ کے امتر خار کی صورت میں بائیں زیرین عضد مستقیمہ کے وتر کا قطع کرنا) اور اس سے بہت فائدہ ہوتا ہے۔

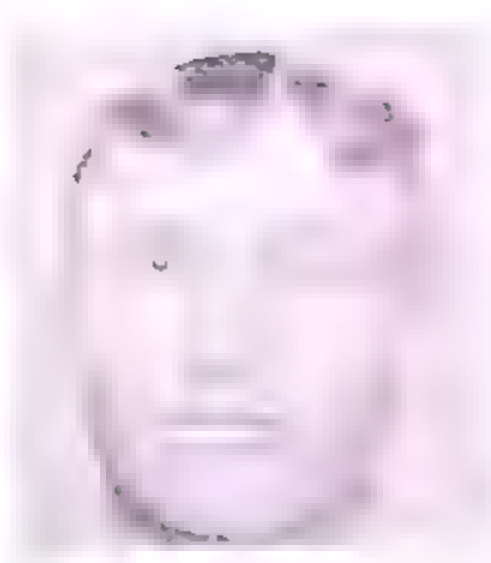
مچھلی یا جھبی استرخار کی وجہ سے ایک عجیب حالت پیدا ہوتی ہے جو دراصل عصب ثالث کے دوری استرخار کی صورت اختیار کرتی ہے۔ یہ مرض بچپن اور شریعہ جوانی کی عمر میں پایا جاتا ہے۔ اس کے دورے اینٹوں اور بریل کے بعد ہوتے ہیں۔ ان دوروں میں ماؤ ذیہ آنکھ کی طرف سر میں درد ہوتا ہے اور ساتھ ہی اس کے تھکے ہی ہوتے ہیں۔ نیز عصب ثالث کی ایک یا ایک سے زیادہ شاخوں میں استرخار رونما ہوتا ہے۔ استرخار جزئی اور کل دونوں صورتوں کا ہو سکتا ہے۔ یہ دورہ چند دنوں سے لے کر سیدھے ایک دن تک قائم رہ سکتا ہے۔ شاذ و نادر حالات میں عصب سادس بھی استرخا ہو جاتا ہے۔ منہ سے زلال ہستی بڑا پسینہ بہتا نکلتا ہے۔ بعض مریضوں کی ناک سے بھی رطوبت خارج ہوتی ہے۔ بعض مریضوں کے درمیان اوقات میں بالکل صحت رہتا ہے۔ تمام عضلات اپنا کام طبعی طور پر انجام دیتے ہیں۔ مگر بعض مریضوں میں یہ عضلات درمیانی اوقات میں بھی اپنا کام طبعی طور پر انجام دینے سے قاصر رہتے ہیں۔ شذیت۔

۱۸۴۰ء کے دورے کے ساتھ بصارت سے تعلق جو علامتیں ہوتی ہیں وہ ان مریضوں میں نہیں پائی جاتیں اور جس طرح شقیقہ دماغی کام کرنے والوں میں ہوتا ہے، اس طرح یہ مرض ضروری نہیں کہ صرف دماغی کام کرنے والے لوگوں ہی میں ہو۔

اس وقت تک اس مرض کا اصل سبب نامعلوم نہیں ہو سکا ممکن ہے کہ یہ عادات صرف انسانی انکسائی ہو۔ دعوہ کرنے والے شتم نامہ کا نتیجہ ہوں جو ممکن ہے کہ اس کے خدایہ ہیئت کی بنا پر رونما ہوتا ہو۔ جس مرض میں ہیشیہ دماغ سے تکلیف بڑھ جائے ممکن ہے کہ وہ عصبی جذبہ میں مرنی تغیرات کی وجہ سے ہو اور یہ تغیرات جھبی قاعدہ پر ہوں۔ مگر اب تک وہ صحیح طور پر کوئی شکل اختیار نہ کر چکے ہوں۔ ہر ذرا اندک کرشم کے عین مریض جن کا معائنہ بعد الموت کیا گیا تھا ان میں عصب کے تنے میں جھبی قاعدہ پر مرنی موجود تھا۔

حول متقارب۔ اس حالت میں ایک آنکھ اندر کی طرف گھومی رہتی ہے۔ حالت ان بچوں میں پیدا ہوتی ہے جو بھوتی چپٹی ہشتاد کھونے یا تصویروں کی طرف مائل ہو کر غور کے ساتھ ان کا معائنہ کرتے ہیں یا کچھ اور زیادہ عمر میں جب کہ بچے پڑھنا شروع کرتے ہیں یعنی اس کا حق اس وقت ہوتا ہے جب کہ بچے اپنے عضلات مستقیمہ انشیہ دور طاقت توفیق کو بہت زیادہ کام میں لاتے ہیں۔ عموماً ۳ سے ۶ سال کی عمر میں اس کی تشخیص عارضی اور بے قاعدہ حول سے ضروری ہے۔ جو کہ دودھ پینے والے بچوں میں جن کے اندر ابھی کسی چیز کی طرف نظر قائم کرنے کی پوری صلاحیت

- (۱) حوالہ ۵۸۲ - •
- (۲) مائیں اسکے بے عضلہ مستقیمہ انسود کے عمل نقصان کی وجہ سے
سامنے دیکھنے میں دونوں اکھوں کا طبعی مخالفت میں ہونا •
- (۳) حوالہ متناوب •
- (۴) دونوں اکھوں کے جانبی عضلات پر عمل تقدم کرنے کے بعد اسی
موضوع کی طبعی حالت •
- (۵) حوالہ استثنائی •
- (۶) مشورہ پہلے لگانے کے بعد •



یہ حول استرخانی نہیں ہوتا۔ اس کا نام عرضی یا مرافق اس لئے رکھا گیا ہے کہ استرخانی حول سے تین گنا جاسکے، آنکھوں کی ابتدائی وضع میں جب حول مرافق موجود ہو تو دونوں آنکھوں کے نور صحیح طور پر ایک دوسرے کے متوازی نہیں ہوتے۔ اور جب دونوں آنکھوں کو ایک طرف سے دوسری طرف گھمائیں تو غیر متوازی نور اس کا فائدہ اتنا ہی قائم رہتا ہے نہ زیادہ ہوتا ہے اور نہ کم۔ اس کے علاوہ صحیح آنکھ کا ثانوی گھماؤ مرافق حول کی صورت میں ماؤف آنکھ کے ابتدائی گھماؤ کے برابر ہوتا ہے کیونکہ صحیح آنکھ کا عضد مستقیم، انسید ماؤف آنکھ کے عضد مستقیم حشر کے ساتھ مل کر کام کرتا ہے لہذا جب موخر اندر عضد اپنی آنکھ کو خارجی شے کی طرف کنگلی باندھنے کے لئے باہر کی طرف گھماتا ہے تو صحیح آنکھ کا عضد مستقیم انسید بھی اتنی ہی تحریک پا کر صحیح آنکھ کو اسی قدر اندر کی طرف گھماتا ہے جس قدر کہ ماؤف جانبی آنکھ باہر کی طرف گھوم چکی ہے یعنی اس صورت میں حجاب کرنے والے ہاتھ کے سینچے سے آنکھ کا بھی اتنا ہی گھماؤ دیکھا جائے گا جتنا کہ اس کے قبل ماؤف آنکھ میں باہر کی طرف تھا۔ مذکورہ تشخیصی نکتہ کا نہیں مت ضروری ہے کیونکہ اسی کے ذریعہ ہم استرخانی حول سے (جس میں آنکھ کا ثانوی گھماؤ، ابتدائی گھماؤ سے زیادہ ہوتا ہے) اس کی تشخیص فارقہ کے قابل ہوتے ہیں۔ اس قسم کے حول میں دوار اور بصارت زوجی دونوں نہیں پائے جاتے اس کو ظاہری حول سے بھی تمیز کرنا بہت ضروری ہے۔

حول مرافق میں دونوں آنکھیں ایک ہی وقت میں مبتلا، مرض نہیں ہوتیں۔ جیسا کہ بعض اوقات وہاں بینائی کرتے ہیں۔ اس حالت میں دونوں آنکھوں کے اندر استسقاء طبعی حالت سے زیادہ پایا جاتا ہے۔

حول والی آنکھ کو دوسری آنکھ سے پہچاننے کا طریقہ (۵ خط ہوسف ۵۵)

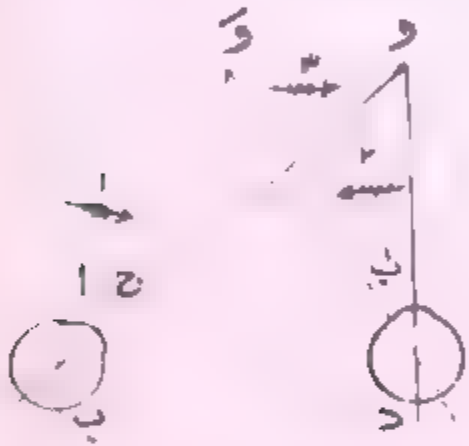
ماہر "ڈانڈرس" نے بیان کیا ہے کہ حول متعارب کے اکثر مریضوں میں طول بصر کی شکایت بھی لاحق ہوتی ہے۔

اس ماہر کا خیال ہے کہ طول بصر حول متعارب کا سبب ہے جس کے وجہ ذیل میں بیان کئے جاتے ہیں۔

دونوں آنکھوں کے مناظری محور جس قدر زیادہ ایک دوسرے کی طرف استسقاء طبعی حالت میں ہونگے، یعنی قدرتی حالت کی ہر ڈگری کے لئے۔ تاکہ دونوں آنکھوں سے ہر شے ایک دکھائی دے، ضروری ہے کہ طاقت توفیق سی قدر زیادہ عمل کر کے اس کمی کو پورا کرے! اور جس قدر دونوں آنکھوں کے محور مناظری کا استسقاء طبعی حالت سے زیادہ ہوگا

اسی قدر زیادہ طاقت توفیق درکار ہوگی۔ اس عضو باقی حقیقت سے طوں بصرفائدہ حاصل کر کے مضمیں کی طاقت توفیق کو ایک آنکھ سے ایک نظری کے لئے زیادہ مائل کر دیتا ہے اور اس طرح یہ کیفیت مناظری محوروں کے طبعی زاویہ کو بڑا کر دیتی ہے۔ بعینہ عام طور پر بیان کیا جاتا ہے کہ اصل استقامتی حالت کا طبعی حد سے تجاوز کرنا باصرف ماون آنکھ کے محور میں نہیں ہوتا بلکہ دونوں آنکھیں اس میں شرکت کرتی ہیں۔ جس کا یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ حوالہ اس آنکھ میں ظاہر ہوتا ہے جو کسی خاص شے کی طرف دیکھ رہی ہو۔

مذکورہ بالا امور کی توضیح کے لئے ضروری ہے کہ طبعی استقامتی اور توفیقی طاقت کے استعمال کے وقت دیکھیں کہ کیا عمل ہوتا ہے۔



اس تصویر میں دونوں آنکھیں حالت استقامت میں ہیں اور مقام و کی طرف دیکھ رہی ہیں۔ اس صورت میں و شے ایک اور صاف دکھائی دیتی ہے۔ کیونکہ استقامتی حالت نے ساتھ مناسب حد تک طاقت توفیق بھی اس کی شرکت کر رہی ہے کہ وہ دائیں آنکھ (د) اپنی ابتدائی وضع میں ہے۔ تاہم بائیں آنکھ (ب) کے برابر استقامتی طاقت میں حصہ لے رہی ہے۔ اگر

شکل نمبر ۲۔ دونوں آنکھیں نقطہ و پر قائم ہیں طاقت توفیق اور و شے استقامتی دونوں برابر کر رہیں۔

و شے و مقام و پر ہوتی تو دونوں آنکھوں سے اس کا فاصلہ برابر ہوتا۔ مگر یہ مقام عین مرکزی خط پر ہوتا ہے اور دونوں آنکھیں اس کی طرف دیکھنے میں ایک سا زاویہ بناتیں۔ ان زاویہ کو الف اور ب سے تعبیر کرتے ہیں۔ اب اگر دونوں آنکھیں جانبی حرکت کریں مثلاً داہنی جانب یہ تعبیر کی طرف تو ظاہر ہے کہ بائیں آنکھ (ب) کا چھکاوہ زاویہ الف اور زاویہ ج کا مجموعہ اور زاویہ الف استقامتی عمل کا نتیجہ ہو گا۔ زاویہ ج ہی جانب کی حرکت کر گیا اور یہ دونوں کام اس حالت میں ہیں عضلہ مستقیمہ انیس سے انجام پائیں گے۔ مگر دائیں آنکھ کا استقامتی تعبیر مستقیمہ کی طرف جو کہ دائیں عضلہ مستقیمہ انیس کی وجہ سے پیدا ہوتا تھا۔ اب اس آنکھ کے دائیں طرف تعبیر مستقیمہ کی جانب حرکت کرنے سے متقابل ہو جائے گا۔ یہ حرکت چپے کے مقابل میں اب اس آنکھ میں طرف مقابل کی جانب ہے۔

اگر یہ آنکھ استقامتی حالت میں نہ ہوتی تو ب و کے ساتھ متوالی رہتی اور کسی قدر باہر کی طرف گھومتی ب بھائی

طرح پر اندر کی طرف گھوم گئی ہو مگر حول کی حالت پیدا نہیں ہوتی۔ کیونکہ ایک ہی شے کی طرف دیکھ رہی ہے۔

اس تصور میں ہم حول متغایب مرافق کی کیفیت کو سامہ کرتے ہیں

شے کو مریض صاف اور ایک دیکھنا چاہتا ہو مگر حول میں

موجود ہونے کی وجہ سے استدراتی حالت کے ساتھ مناسب حد تک

کام کرنے کے لئے طاقت توفیق کافی نہیں ہو۔ نزدیک کی کسی شے

متغایب کی طرف دیکھنے میں آنکھیں زیادہ استدراتی حالت میں

موتی ہیں۔ اس صورت میں طاقت توفیق اور زیادہ برسرکار ہو سکتی ہو

لیکن مریض شے کو نہیں دیکھ سکتا اور عبارت زوہی پیدا ہوتی

ہے۔ ان ہر دو عمل کو رفع کرنے کے لئے آنکھ سے بے تک

جانبی حرکت کرتی ہے جس کے بعد دائیں آنکھ (د) وائیں آنکھ کو ایک خط میں آجاتی ہو اور زیادہ توفیق کو استعمال کر کے

دیکھنے کے قابل ہو جاتی ہو۔ کیونکہ زیادہ طاقت توفیق کی یہ حالت جب کی طرف استدراتی حالت کی وجہ سے پیدا ہو جاتی

ہے جیسا کہ شکل بالا سے ظاہر ہے۔

ب بائیں آنکھ شے کی جانب نہیں دیکھتی۔ اندازوں میں ظاہر ہوتا ہو۔ حول وائی آنکھ کا گھومنا زاویہ (ا) سے

وجوب کی طرف استدراتی کے بڑھ جانے کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے اور زاویہ ج سے بائیں پاتا ہو اور یہ جانبی حرکت سے

پیدا ہوتا ہے۔ دائیں آنکھ میں استدراتی کی زیادتی قابل جانب میں بائیں حرکت کی وجہ سے متعادل ہو جاتی ہو۔ دراصل دونوں

آنکھوں کی یہ خواہش کہ یہ ایک شے کی طرف دیکھیں ان کو حوں سے محفوظ رکھتی ہو بعض آنکھوں میں بائیں حرکت نہیں ہوتی بلکہ

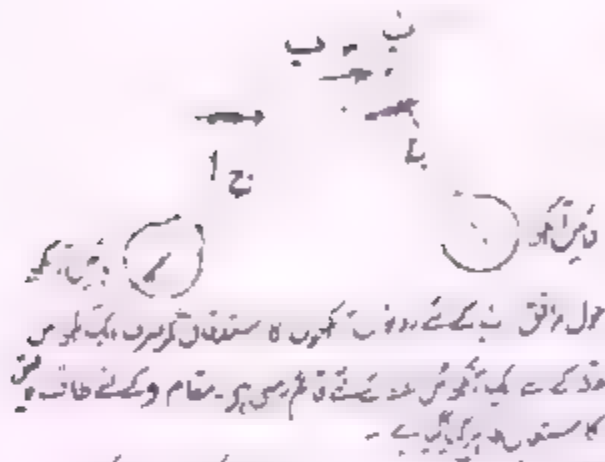
مریض اپنے سر کو دائیں جانب گھما لیتا ہے تاکہ وہ دائیں آنکھ کو شے کے ساتھ ایک خط میں لائے۔

تمام طول بصر والے مریضوں میں حوں نہیں ہوتا۔ اس لئے ماہر ڈاکٹر میں ان کی زبان پر ذکر ان میں بعض ایسے حالات بھی

پائے جلتے ہیں جن کی بنا پر طول بصر والا مریض بصر شور کے ایک طرف حوں کے ساتھ غیر صاف بصارت بائیں کا بصر کر رہا

ہے اور بیان کرتا ہو کہ موخر الذکر حالت زیادہ پسندیدہ ہو نیز یہ طاقت انعطافی اور تیزی بصارت دونوں آنکھوں میں

یکساں ہوں۔ مگر جب ایک آنکھ اندھی ہو یا دونوں کے بیکہ کی شبہ میں رہتا ہو (ایک آنکھ کی بصارت زیادہ خراب



ہونے کے وجہ سے جس کا باعث بیاض یا دوسرے اباب ہوں تو ظاہر ہے کہ بصارت بالعینین کی استعداد قدرتی طور پر کم ہوتی ہے۔ اس میں صورت میں زیادہ بنیانی والی آنکھ اندر کی طرف گھوم جائے گی۔ کیونکہ صحیح آنکھ میں طاقت توفیق زیادہ کام کرنے کی جس کا نتیجہ مذکورہ بالا صورت میں ظاہر ہو گا۔

طول بصر۔ حوں متقارب کا ایک سبب مانا جاتا ہے۔ مگر صرف یہی ایک سبب حوں کے واسطے کافی نہیں اور نہ یہ سبب اہم ہے۔ جس کے وجہ ذیل میں بیان کئے جاتے ہیں۔

(۱) اگر ڈانڈرس "کانظر یہ ناقص نہیں ہو تو جب دونوں آنکھوں میں طول بصر لاحق ہو گا حوں متقارب ضرور پیدا جائے گا۔ بشرطیکہ اس کے ساتھ بصارت بالعینین کو کم کرنے والی حالتیں موجود ہوں۔ مگر ہمارا تجربہ بتاتا ہے کہ دونوں آنکھوں کے حوں بصر میں بہت زیادہ اختلاف کے باوجود بصارت بالعینین قائم رہتی ہے۔ خواہ ایک آنکھ کی تیزی بصارت میں کمی کیوں نہ ہو۔ اس کے علاوہ طول بصر کے مریض جس قدر کثرت کے ساتھ نظر آتے ہیں ان کے مقابلہ میں حوں کے مریضوں کی تعداد بہت کم ہوتی ہے۔ کیونکہ بچے عموماً طول بصر کے شکار ہوتے ہیں۔

(۲) دوری حوں میں طول بصر اور طاقت توفیق دونوں کا اثر زیادہ نہیں ہوتا۔ تاہم ان مریضوں سے صرف اتنا ہی ثابت ہوتا ہے کہ طول بصر عام طور پر حوں کا سبب بننے کے باوجود بھی اس کا کوئی بڑا سبب نہیں ہے۔ کیونکہ اس حالت میں منقل طور پر حوں کو قائم رکھنے کے لئے کوئی ایسا سبب ضرور ہے جو بعض اوقات کام کرتا ہے اور بعض اوقات نہیں۔

(۳) ہر ڈانڈرس "کانظر یہ اس وقت صادق نہیں رہتا جب کہ ہم حوں متقارب کی حالت دونوں صحیح آنکھوں اور بعض وقت قصر نظر والے مریضوں میں دیکھتے ہیں۔ جن میں کہ طاقت توفیق کو خاص طور پر کچھ زیادہ کام نہیں کرنا پڑتا۔ یہ واقعہ ہے کہ طول بصر کی شدید حالتوں میں حوں نہیں پایا جاتا۔ اور یہ حقیقت ماہر ڈانڈرس "کانظر یہ کے خلاف نہیں ہے۔ کیونکہ طول بصر کی شدید حالت بہت شدید و نامردمیتی ہے۔ علاوہ ازیں ان حالات میں طاقت توفیق پر اس قدر زیادہ زور ہو سکتا ہے کہ استعداد قاتی حالت کی وجہ سے صاف بصارت کے لئے طاقت توفیق کی مشارکت مریض پوری طرح نہیں حاصل کر سکتا۔

بعض ماہرین کا خیال ہے کہ خدائی طور پر مختلف مقابل عضلات میں توازن نہیں باقی رہتا۔ لیکن اس ادعا کا

کا کوئی ثبوت ہمارے پاس موجود نہیں ہے کبھی قدرتی طور پر یکایک حوں کی شکایت زائل ہو جاتی ہے۔ مگر عموماً وہیں در
سولہویں سال کے درمیان میں درہوں بعد ان آنکھوں میں ایسا ہوا کرتا ہے۔ بالخصوص جب کہ ایک آنکھ کی بنیائی خرابی ہو
اور دوسری بصر، اپنی حالت پر قلم ہے۔ کیونکہ اس حالت میں دونوں بصر کم ہو جاتا ہے۔ ہمارے خیال میں حوں کا سب سے بڑا سبب ثبات
تساوی کا عدم احساس ہے اور اس میں محدود حالات ہو جاتے ہیں جن کے ماتحت یہ متوازن شکل ہوتا ہے۔ مثلاً حوں میں ایک
آنکھ کی بصارت کا بالکل خراب ہو جانا۔ خواہ یہ حالت خلقی ہو یا اکتسابی۔

۳۔ من کی وجہ سے طاقت توفیق کا کمزور ہو جانا اور طاقت توفیق و طاقت تدقیق کے باہمی تعلقات میں عینی
نمل کا وقوع نیز منس اوقات بصارت کا طبی حالت میں ہونا بھی حوں کا باعث بن سکتا ہے۔ بشرطیکہ متوازن تساویر کا
حس ناقص ہو۔ اگر دونوں آنکھوں میں حوں کی حالت برس بدل کر لاحق ہوتی ہو یعنی کبھی اس آنکھ میں اور کبھی اس
آنکھ میں حوں پایا جائے تو دونوں آنکھوں کی بنیائی اچھی اور یکساں ہونے کے باوجود احساس متوازن میں تسبی
واقع ہوتی ہے۔

۴۔ ماہر پستہ سمجھ کا خیال جو کہ اس کی وجہ صرف احساس متوازن کی خرابی ہے۔ وہ یہ حالت بچپن ہی میں پیدا ہوتی
ہے۔ نیز احساس متوازن کی استعداد زندگی کے ابتدائی چند سال تک پوری طرح نمایاں نہیں ہوتی۔ اور نہ قائم ہوتی ہے
اسی لئے اس عمر میں اس کی خرابی کا امکان زیادہ ہوتا ہے۔ اور اسی وجہ سے اس عمر میں حوں بھی زیادہ پایا جاتا ہے۔

۵۔ ہر شخص جن میں پیدائش حوں کی عمر وراثت لگتی ان میں ترمیم یعنی مائیفیدی مضمون حوں کی شکایت بچوں میں ہال
سے پہلے کی عمر میں لاحق ہوتی۔ عام طور پر اس کے شروع ہونے کی عمر ۳ سال ہے۔ بچوں بصر ٹلے بچے حوں متقدربین زیادہ
متلا ہوتے ہیں کیونکہ ان کو ایک خاص شکل پر قابو پانا یعنی استعداد کافی عمل کو طبی حالت پر لانا اور اسی کے ساتھ طاقت
توفیق کا عمل غیر طبی طور پر انجام دینا پڑتا ہے۔ یہی صورت میں صاف ویت کے لئے حوں کا ہونا ضروری ہے۔ کثرت حوں کی
شکایت اسی طرح لاحق ہوتی ہے۔ لہذا بچوں بصر کو زیادہ اہمیت دینا چاہیے۔

بچوں کے عوارض۔ ام العصبانی دورے۔ کالی کھانسی۔ خسرہ۔ ڈرنا۔ گرنا یا چوٹ لگنا اسی طرح دیگر حادثات مثلاً
حوں کا باعث بنتے ہیں۔ کیونکہ ان حالات میں دماغی، علی مرکز کسی حد تک کمزور ہو جاتے ہیں۔ ہاں شریکے سمجھ کا خیال
ہے کہ لگاتار حوں کی وجہ سے بصارت بھی کمزور ہو جاتی ہے یا اس کے ساتھ بصارت کی کمزوری بھی پائی جاتی ہے۔

مذہب تشویر کے احاس سے چونکہ کام نہیں ہوتا جاتا اس لئے یہ مدوم ہوتا جاتا ہے اور چند سال کے بعد قطعاً اس کا مکان بھی نہیں رہ جاتا۔ چاہے پیش و غیرہ کے ذریعہ نول کو درست ہی کیوں نہ کر دیا جائے۔ علاوہ ان کی شے کی طرف دیکھنے میں مریض ایک آنکھ کو اس طرف قائم نہیں کرتا۔ اس لئے قائم کرنے کی طاقت کو کھو بیٹھتا ہے۔ یہ حالت ان مریضوں میں دیکھی گئی جو جن میں نول جلد ظاہر ہوتا ہے۔ اور بہت عرصہ تک قائم رہتا ہے۔ شاید وندروہ نولوں میں چند ماہ تک حور کے قائم رہنے سے پہلے بھی ایسا دیکھی گیا ہے۔ ممکن ہے کہ حور کے جلد پیدا ہونے کی وجہ سے جبکہ ماؤٹ آنکھ باطل نہ استسار کی جائے تو اس آنکھ کے احاس شکل کا منو بھی رک جاتا ہو اور اس کی وجہ سے یہ آنکھ ہمیشہ کسے اندھی ہو جاتی ہو۔

حور متقارب میں بصارت حدانی یعنی جن اشیاء کو دیکھی جاتا ہے وہ حور کے قائم رہنے کے باوجود ایک کیون نہیں نظر آتے۔ لیکن عام طور پر حور متقارب کے مریض بصارت زوجی کی شکایت نہیں کرتے۔ جیسا کہ حور استرخائی کے مریض عموماً بیان کرتے ہیں۔ حور کی کیا وجہ ہے؟ جس شے کی طرف مریض دیکھتا ہے اس کی شبیہ دونوں قسم کے حوروں (ملوشہ والی) آنکھوں میں شبکیہ کے نیلے مقام پر بنتی ہے جو قائم رہنے والی آنکھ کے شبکیہ کے مقام شبیہ سے منبقت نہیں کرتا۔ یعنی ایک نیلے مقام پر شبیہ بنتی ہے جو کہ اندر کی طرف ہوتا ہے۔ مگر حور والی آنکھ میں اس شبیہ کے مقام کو گریہر کی طرف ایک خط کی صورت میں لے جائیں تو ظاہر ہے کہ فضائیں اس شبیہ کا مترادف اسی طرف ہو گا جس طرف حور والی آنکھ (Homonymous diplopia) انداز کورہ بالا امور سے لازم آتا ہے کہ وہ شے بجائے ایک کے دو نظر آئے۔ اور استرخائی حور میں ضرور ایسا ہی ہوتا ہے جیسا کہ تجزیہ شاید ہے۔ لیکن سوال باقی رہ جاتا ہے کہ حور متقارب میں کیوں ایسا نہیں ہوتا؟

عموماً ہر مریض اس کا یہ جواب دیتے ہیں کہ حور متقارب چونکہ فی نفسہ ایک عضویاتی فعل ہے اس لئے مریض کا دماغ غیر ارادی طور پر حور والی آنکھ کی شبیہ کے احاس کو نظر انداز کر جاتا ہے اور یہ اسی طرح ہو کر رہتا ہے جیسا کہ ہم اس وقت نفس کے شور و غل اور آوازوں کو نہیں سنتے جب کہ کسی سے نہایت غور و فکر اور توجہ کے ساتھ باتیں کرنے میں مشغول ہوں۔ حالانکہ یہ آوازیں اور شور بھی دماغی مکرسماعت تک پہنچتا ضرور ہے۔ لیکن دماغ اس کے احاس کو نظر انداز کر دیتا ہے اس کے علاوہ چونکہ یہ شبیہ بصافت اور متن نہیں ہوتی اسی سے اور بھی دماغ ان کی طرف متوجہ نہیں ہوتا۔ علیٰ ہذا نظریہ

جوں والی آنکھ میں شبیہ شبکیہ کے حصیہ مرکزی پر نہیں بنتی۔ بلکہ اس سے بہت کر فاصلہ کے مقام پر بنا کرتی ہے۔ وہ شبیہ
یہ زیادہ صاف نہیں ہوتی مگر صحیح اور تندرست نگاہ میں شبیہ شبکیہ کے حصیہ مرکزی پر بنتی ہے وہ اس شبیہ
کی شبیہ صاف ہوتی ہے اور دماغ اس کا احساس کرتا ہے۔ وہ باقی الذکر کو غیر صاف ہونے کی وجہ سے نظر انداز کر دیتا
ہے۔ اسی کے ساتھ یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ حول والی آنکھ میں بیاہن قرنیہ بھی موجود ہوتی ہے یا اس آنکھ میں طول بصر
یا سداو بصر وغیرہ بھی لاحق ہوتے ہیں کوئی نہ کوئی نقص اور بھی ضرور موجود ہوتا ہے۔ ماہرین کا خیال تھا کہ ان
دبھوں کی وجہ سے بھی اس شبیہ کا نظر انداز کرنا دماغ کے لئے آسان ہے۔

ماؤف آنکھ کی شبیہ کا حصہ اس دماغ کے لئے ممکن ہے اور متعدد تمام کے حول میں چلاتا شبہ کی گئی ہوگی
یہ بھی صحیح ہے کہ ہر حول میں ایسا ہی ہونا کچھ ضروری بھی نہیں ہے۔

جن مریضوں میں حول والی آنکھ کی شبیہ کو دماغ غلط انداز میں کرتا۔ ان میں ذیل کی دو باتوں میں سے ایک ضرور
پائی جاتی ہے۔

۱۔ باہر کی شے جس کی طرف مریض دیکھتا ہے اس کی شبیہ شبکیہ کے جس مقام پر بنتی ہے وہ اس قدر خوب صورت ہوتا ہے
کہ حصیہ مرکزی کا فعل اپنا مہینہ لگاتا ہے۔ گویا کہ عضویاتی حیثیت سے اس آنکھ کا یہی مقام حصیہ مرکزی بن جاتا ہے۔ اور
اس طرح بصارت باعینین حاصل ہو جاتی ہے۔

۲۔ بصارت زوجی باقی رہتی ہے۔ اور مریض اس کا عادی ہو جانے کی وجہ سے اس کی پرواہ نہیں کرتا۔

بعض صورتوں میں پہلی حالت عام طور پر بنتی ہے اور بعض میں دوسری دیکھی جاتی ہے۔ مذکورہ دونوں حالتوں میں
سے بہت الذکر کے غلط ہونے کی وجہ یہ بھی خیال کی جاتی ہے کہ حول متعاقب کے مریضوں کے آپریشن کے بعد بصارت زوجی
متناسع پیدا ہو جاتی ہے۔ گویا کہ دونوں آنکھوں کے محوروں کے یکساں ہونے پر بعض کی آنکھ کا حول تمام حصیہ مرکزی کا فعل
انجام دے رہا تھا اس کی شبیہ بھی چونکہ صاف ہوتی ہے اس لئے اسے اس حالت پیدا ہو جاتی ہے۔

دوسری حالت کے غالب آنے کی وجہ یہ بیان کی جاتی ہے کہ پڑے ہوئے مریضوں کا حول سے منہ کر کے پڑ کر
مریض شیشہ ان کی آنکھ کے سامنے لگایا جاتا ہے تو بصارت زوجی کو وہ محسوس کرتے ہیں۔

اگر بصارت باعینین کی طاقت نوذیفہ ہونے کی وجہ سے حول کی شکایت لاحق ہو تو اس صورت میں بصارت

زوجی کا نہ ہونا کوئی تعجب کی بات نہیں ہو۔

حول والی آنکھ کا ضعف بصارت۔ حول متقارب کے اکثر مریضوں میں جب کہ ان کی آنکھ میں انعطافی خرابی خاص طور پر نمایاں نہ ہو۔ یا مدد بصر نہ پایا جاتا ہو اور انعطافی واسطوں میں بھی کسی قسم کی غیر شفافیت نہ موجود ہو تو بھی بعض اوقات آنکھ میں اندھاپن پایا جاتا ہے اس کو ماہرین نے عام طور پر تسلیم کیا ہے اور بیان کیا ہے کہ اس اندھاپن کی وجہ یہ ہے کہ اس آنکھ کو مریض استعمال نہیں کرتا۔ کیونکہ دماغ اس کی شبکیہ والی شبکیہ کو نظر انداز کر جاتا ہے۔ اس لئے اس کا نام Amblyopia-ex-anopsia رکھا ہے یعنی "شبکیہ کا نقص بصر بغیر ظاہری مرضی کیفیت کے"

"ماہر شوگر" (Schweigger) کا خیال ہے کہ اگر یہ نظریہ درست ہو تو ہمیشہ بچوں میں معمولی ضعف بصر میں حالت کے ساتھ حول والی آنکھ میں پایا جانا چاہئے اور ضعف بصر ان جوانوں میں جن میں کہ حول مدت تک رہ چکا ہو بہت زیادہ ہونا چاہئے بالخصوص جن کا آپریشن نہ کیا گیا ہو اور ان میں ایک آنکھ کا حول بچپن ہی سے قائم ہو۔ مگر تجربہ بتاتا ہے کہ شدید ضعف بصر حول والی آنکھ میں بچوں میں پایا جاتا ہے اور جوانوں میں حول والی آنکھ کی بنیائی اکثر چھپی ہوتی ہے۔ مختصر طور پر کہا جاسکتا ہے کہ حول والی آنکھ میں ضعف بصر ایک بڑھنے والی حالت نہیں جیسا کہ کسی شے سے نہ استعمال کرنے پر ہو سکتی ہے۔

اکثر یہ بھی دیکھا جاتا ہے کہ انحول والی آنکھ کو کھل رہے دیں اور تندرست آنکھ کو ڈھکیں تو حول والی آنکھ کسی شے کی طرف دیکھنے میں اس شے کو اپنے حصر کے سہ سے نہیں لاتی۔ بلکہ پہلی حالت میں قائم رہتی ہے اور پہلے سے بھی زیادہ اندھ کی طرف گھوم جاتی ہے (حول الی آنکھ میں ضعف بصر کسی شے کو دیکھنے میں اپنے آپ کو حصر مرکزی سے باہر کی طرف قائم کرتی ہے) اس قسم کی آنکھوں میں یا اس سے کم شدید حالتوں میں گو کہ مرکزی سے باہر بھی کسی جگہ پر آنکھ کسی شے پر قائم نہیں ہوتی تاہم حصر مرکزی سے کسی شے کو دیکھنے کی طاقت زایل ہو جاتی ہے اور آنکھ کو قائم کرنے کی طاقت میں استقلال قائم نہیں رہتا۔ گویا کہ شبکیہ کے تمام حصص اس صرف کے لئے یکساں ہوتے ہیں۔

ماہرین کا خیال ہے کہ ضعف بصر میں یہ حالت عام طور پر ملتی ہے اور حول کے نتیجے کے طور پر پیدا ہوتی ہے مگر بعض اوقات ایسی حالت خلقی بھی دیکھنے میں آتی ہے جس میں ایک آنکھ میں شدید ضعف بصر لاحق ہوتا ہے۔

ماہر ورثہ (Worth) کا خیال ہے کہ ان مریضوں میں حول والی آنکھ کی انعطافی طاقت دوسری آنکھ

کی نطافی طاقت سے بہت زیادہ قوت رکھتی ہے۔ ورشدید ضعف بعد ہونے کے باوجود دونوں آنکھوں کی شبکیہ کا دھما پھانسا ہوا ہوتا ہے۔

اس قسم کے ضعف بصردانی آنکھوں میں کسی وقت تکس کہ ہونا اس بات کی دلیل ہے کہ نطافی طاقت کی کمی سے تھک چکا ہے۔ یہ بیماری بہتر ہو جاتی ہے۔ وہ بہت کم عرصہ میں خیر ہو جاتی ہے۔ یہ بہتر بننے والی آنکھوں میں پیدا ہوتی ہے۔ جن میں دھما شکیہ کی کمزوری کی وجہ سے مذکورہ شکایت لاحق ہوتی ہے۔ اور مشرق سے ہی مدین کو تھک کر دیکھ کر دیکھنے کے وہ امتحان بصارت والے حروف کو غور سے دیکھیں تو ان کے درمیان بہت کی تیزی پیدا ہو سکتی ہے۔

اکثر حالات میں ماؤٹ آنکھ کو لگ بھگتوں کرنے سے بصارت بہتر نہیں ہوتی خواہ اس کا نقص کم ہی کیوں نہ ہو اور یہ بھی جس آنکھ کے اندر کوئی نقص نہ ہو اس کے ضعف بعد کے خدشہ ایک دلیل ہے۔

حول متعارف ہیں دونوں آنکھوں کی بصارت کا بہتر ہونا اس قسم کے ضعف بعد کے لئے کوئی دلیل نہیں اس کے خلاف ایک دلیل یہ بھی ہے کہ خدشہ حول میں آپریشن کے بعد بنیائی بہتر ہو جاتی ہے۔ خواہ یہ آپریشن جونی کی عمر میں کیوں نہ کیا جائے بعض ماہرین کے خیال میں حول والی آنکھ میں ضعف بصارت خدشہ حول پر پایا جاتا ہے۔ اور یہ حول کے نتیجہ کے طور پر لاحق نہیں ہوتا۔

حول اس کے پیدا ہونے کا ایک ایسا ہی سبب ہے جیسا کہ بیض قرنیہ یا النطافی طاقت کی زیادہ خرابی۔ اس بات میں مختلف ماہرین میں اختلاف رائے ہے جس کے وجہ سے ایک وجہ مختلف عمر میں ان مریضوں کا علاج ہو ان کے لئے یہ بھی اس کا انحصار ہوتا ہے جو عمل جراحی کے لئے اختیار کئے جاتے ہیں۔ یا جن کے تحت آنکھ کی بصارت کو بہتر بنانے کی کوشش کی جاتی ہے۔ مستقل طریقہ پر عمل کا سلسلہ جاری رہنے اور مریض کے والدین کو مناسب علاج کی طرف توجہ دینے کو بھی اس میں دخل ہے مگر بن مریضوں کی بصارت خراب نہ ہو یہ جن میں مرکزی عصب توجہ حواس کی ضعف بصارت آنکھ کا میدان بصارت میں حالت میں ہوتا ہے۔

ماہر ”ورڈھ“ اور ”پرسٹلے سمٹھ“ کی رائے متفق ہیں۔ ان کا خیال ہے کہ مرکزی طور پر آنکھ کو کسی شے کی طرف قائم کرنے کی طاقت بچپن ہی میں مفقود ہو جاتی ہے۔ اسی وجہ سے جس قدر جلد حول لاحق ہو اسی قدر زیادہ ضعف بصارت پایا جاتا ہے۔ چھ سال کی عمر کے بعد حول کی شکایت لاحق ہونے سے اس قسم کا ضعف بصارت دُور رہی لاحق ہوتا ہے۔

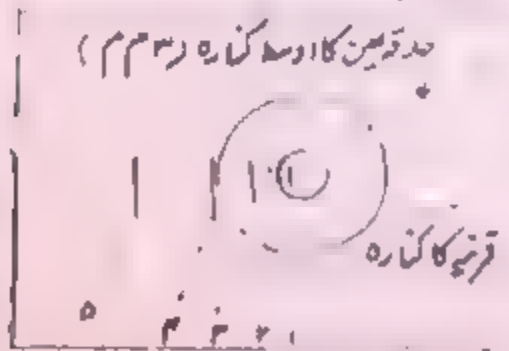
برہنہ شوگر کی اس دیس کی مخالفت کرتا ہے کہ ضعف بصر کی زیادتی تدریجی نہیں ہوتی۔
یعنی حقیقت سے حوں متعاقب کی تین قسمیں ہیں۔

۱۔ دوری (periodic) (۲) حوں متعاقب قائم (Permanent alternating) مستقل
ایک ہی آنکھ کا حوں (Permanent monolateral)

حوں دوری۔ کبھی کبھی ظاہر ہوتا ہے اور غالباً اس کا ظہور اس وقت ہوتا ہے جب کہ طبعی حالت سے زیادہ
حالت توفیق کے ہستیاں کی ضرورت ہو۔ بسا اوقات یہ ایک آنکھ والے مستقل حوں کا پہلا درجہ ہو سکتا ہے۔ مگر یہ ضروری
نہیں کہ مورخانہ کردہ حوں میں دوری حوں کا نتیجہ ہی ہوں۔ یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ دوری حوں ہمیشہ دوری رہا ہے۔
حوں متعاقب۔ میں مریض کی دونوں آنکھوں میں حوں کی شکایت ہوتی ہے کبھی اس آنکھ میں اور کبھی اس
آنکھ میں۔ یہ ایک آنکھ سے دوسری آنکھ میں منتقل ہوتا رہتا ہے۔

ایک ہی آنکھ والا مستقل حوں۔ ایک ہی آنکھ میں مستقل قائم رہتا ہے۔

حوں متعاقب کے ناپنے کا طریقہ | حوں والی آنکھ کے گھماؤ کو ناپنا ذیل کے طریقوں میں سے کسی ایک طریقہ سے
انجام دیا جاسکتا ہے۔ مگر ان تمام طریقوں میں یہ ضروری ہے کہ معائنہ کے
دوران میں مریض سے کہہ دیا جائے کہ وہ اس شے کی طرف دیکھتا ہے جو کہ اس مصروف کے لئے درمیانی خط اور آنکھ کے
بالمقابل رکھی ہو (اس کو ہم ابتدائی وضع کہتے ہیں) اگر کسی نزدیک الی شے کی طرف دیکھا جائے تو حوں کا زاویہ عموماً
طاقت توفیق کی طرح بڑھتا جاتا ہے۔



پہلا طریقہ۔ ماہر ہرش برگ (Hirschberg) کا کہنا ہے کہ
مریض کی آنکھوں کے بالکل سامنے ایک فٹ کے فاصلہ پر چلتی ہوئی موٹی کھدی
جائے اور مریض سے شعاع کی طرف دیکھنے کو کہا جائے یا اسی فاصلہ پر رکھے ہوئے ہین نامین
کے مرآہ پر نظر جانے کے لئے مریض کو تاکید کریں اور معائنہ کرنیوالا قرنوی لڑکا

سے گھماؤ کو معلوم کرے۔ اگر حوں بالکل نہ ہو تو قرنوی لڑکا اس حدود میں کے مرکز کے ذرا اندر کی طرف دکھائی دیتا ہے۔ مگر حوں متعاقب
کی حالت میں یہ لڑکا اس باہر کی طرف کو ہٹ جاتا ہے۔ ماہر ہرش برگ "حوں کی پانچ مختلف قسمیں قرار دیتا ہے۔

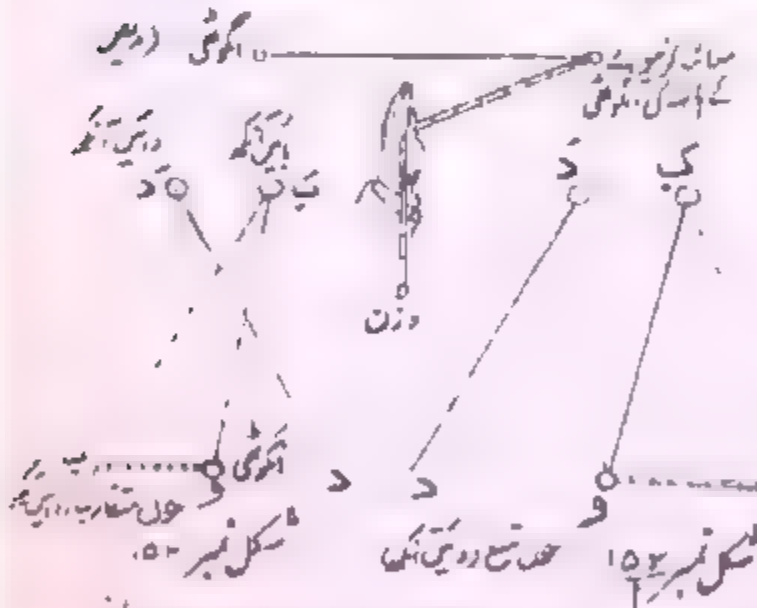
پہلا گروہ - ان مریضوں کا جن کی دائیں آنکھ میں قزونی انعکاس صدقہ عین کے مرکز کے نزدیک ہونے کے بجائے
کنائے کے نزدیک ہوتا ہے۔ یہ حوالہ ۱۰ ڈگری سے کم کا تسلیم کیا جاتا ہے۔

دوسرا گروہ - ان مریضوں کا جن میں قزونی انعکاس ٹھیک صدقی کنائے پر یا اس کے نزدیک ہی ملتا ہے یہ
حوالہ ۱۲ سے ۱۵ ڈگری تک ہوتا ہے۔

تیسرا گروہ - جن مریضوں کا قزونی انعکاس صدقی کنائے کے درمیان ہوتا ہے ان میں یہ حوالہ ۲۵ ڈگری کا ہوتا ہے۔
چوتھا گروہ - قزونی انعکاس قرنیہ کے کنائے پر یا اس کے نزدیک ملتا ہے یہ حوالہ ۴۵ ڈگری کا ہوتا ہے۔
پانچواں گروہ - قزونی انعکاس صعبہ پر ملتا جاتا ہے یعنی مقلد عین کے استواء اور قزونی کنائے کے درمیان
ہوتا ہے۔ یہ حوالہ ۸۰ ڈگری کا ہوتا ہے۔ مذکورہ طریقہ معمولی پرکٹس کے لئے بہترین ہے۔

دوسرا طریقہ - ماہر پستے سمیتہ کا ہے اس طریقہ میں حوالہ کو ایک دوہرے فیٹے سے ناپتے ہیں منظر عین کو بھی
ساتھ ہی استعمال کرتے ہیں جیسا کہ شکل نمبر ۱۵۲ و ۱۵۳ میں دکھایا گیا ہے۔

شکل نمبر ۱۵۱



اس طریقہ میں معائنہ کرنے والا اپنے ایک ہاتھ
میں منظر عین لیتا ہے۔ ایک انگلی اسی
ہاتھ کی انگشت شہادت میں پھنسا ہوا جس میں منظر عین
ہوتا ہے۔ اور مریض کے چہرے سے معائنہ کرنے والے کی

آنکھ کا فاصلہ ایک میٹر ہوتا ہے۔ اب یہ اپنا خالی ہاتھ
مریض کو دکھاتا ہے تاکہ مریض ٹکنی بازہ کر اس کے ہاتھ کی
کو دیکھے۔ معائنہ کرنے والے کا ہاتھ مریض کے سامنے

جانبی وضع میں ہوتا ہے۔ یعنی ہاتھ کی چوڑی اٹھ پٹی جانب مریض کے مقابل نہیں ہوتی اور اسی ہاتھ کی انگلیوں کے درمیان
فیٹے کو جس کے سرے پر معمولی وزن بندھا ہوا تاکہ یہ فیٹہ اس کی وجہ سے کھینچا نہیں لیتا ہے۔ عام اس سے کہ یہ ہاتھ
کو مریض کی طرف لائے یا اس سے دوڑے جائے۔

شکل نمبر ۱۵۲ میں حوالہ متعاب کی شکایت دائیں آنکھ میں ہے۔ مریض دیکھنے کے نیچے ہے۔ ورنہ فیٹے کو پچھلے بجے کر

یعنی سے نظر عین کے مادہ کی طرف دیکھنے کی تائید گئی ہے معائنہ کرنے والا انگوٹھی پکڑے ہوئے دائیں ہاتھ سے نظریہ
 سے ذریعہ رخص کی بائیں آنکھ (مکمل بازو سے والی آنکھ) میں روشنی ڈالتا ہے۔ قرنی انکاس اس آنکھ میں ٹھیک حدتی
 کرنے کے درمیان میں پایا جاتا ہے جس سے یہ نتیجہ اخذ ہوتا ہے کہ یہ آنکھ ٹھیک دیکھ رہی ہے۔

اس کے بعد معائنہ کرنے والا روشنی کو رخص کی دائیں آنکھ پر ڈالتا ہے۔ اور قرنی انکاس کو دیکھتا ہے
 یہ انکاس: ہر طرف دکھائی دیتا ہے جس سے معائنہ کرنے والا یہ نتیجہ اخذ کرتا ہے کہ یہ آنکھ اندر کی طرف گھوم
 گئی ہے۔ اب نشان کردہ فنیہ کو بائیں ہاتھ کی انگلیوں میں لے لیتا ہے اور رخص کو تاکید کرتا ہے کہ وہ ہاتھ کو دیکھتا
 رہے۔ معائنہ کرنے والا ہاتھ کو فیتے کے ساتھ ساتھ باہر کو گھماتا ہے۔ اور اسی کے ساتھ گھومنے والی آنکھ میں قرنی
 انکاس کو دیکھتا ہے۔ جب انکاس حدتی رقبہ کے وسط میں چلا جاتا ہے تو معائنہ کرنے والا فنیہ پر اپنے ہاتھ کی جگہ
 کو پڑھ لیتا ہے اس شکل میں گھومنے والی آنکھ کا محور د سے و ٹنگ گیا ہے۔ اور اس سے زاویہ د - د - د بنا ہے
 نہ گھومنے والی آنکھ کا محور زاویہ د - ب - ب تک حرکت کرتا ہے جس کو فیتے سے ناپا جاسکتا ہے یہ و -
 کے گھاؤ کے برابر ہے۔

شکل نمبر ۱۱۱: حول متع کو ناپنے کے طریقہ کو ظاہر کرتی ہے اس میں حول دائیں آنکھ میں ہی پہلی شکل کے لحاظ
 اس میں ہاتھ تبدیل ہو جاتے ہیں مگر اصول وہی باقی رہتا ہے۔

ماہر میڈکس کا مقیاس ماسی (Maddox's tangent scale) اور ماہر ورتھ (Worth) کا
 مقیاس حول بن میں بجلی کی روشنی قرنیہ پر ڈالی جاتی ہے۔ یہ بھی اسی اصول پر بنے ہوئے ہیں۔ بالخصوص خالذ
 بچوں میں زیادہ کارآمد ہے۔ نشان دار فنیہ حقیقتاً نشان دار قوس کے قائم مقام ہے۔ اور یہ زاویہ کے خط ماس
 کے انحراف کو ظاہر کرتا ہے۔ حول کے ناپنے میں ہم دراصل صبیح آنکھ کے اندر یا باہر کی طرف گھاؤ کو ناپتے ہیں
 اور پھر سی کے مطابق منحرف آنکھ کے انحراف کا فیصد کرتے ہیں۔ اگر دونوں آنکھوں کی حرکات کم و بیش ہوں یعنی
 حول متعاقب نہ ہو تو ظاہر ہے کہ اخذ کردہ نتیجہ غلط ہوگا۔ اس طریقہ کو انعام میں بیان کرنا کو مشکل امر ہے لیکن
 عملی حیثیت سے یہ اطمینان بخش اور آسان ہے۔

تیسرا طریقہ - مقیاس محیط النظر (Perimeter method) کے ذریعہ حول کے ناپنے کا ہے جس میں محیط النظر



- (۱) ماہر موزائکس کا متھامس مسماس •
- (۲) (الف) عمل لتصویر ہوائیہ حول •
- (ب) عمل اتقدیم ہوائیہ حول •
- A, B, C, D, نتائج لکائی کی ترکیب •

مول متقارب افق میں آنکھ کی حرکات کی طاقت۔ زیادہ دنوں کے حوال میں ماؤف آنکھ کی حرکت کی قابلیت بخیر رہی
لاحق ہو جاتی ہے بعض اوقات یہ خرابی جمع آنکھ میں بھی پائی جاتی ہے۔ آنکھ کی حرکات کے پائش کا طریقہ ہم پہلے بیان کر چکے
ہیں۔ ہوں کہ حالت میں صرف اس مرکز موازنہ کیا جاتا ہے کہ ماؤف آنکھ کی حرکت غائبہ باہر کی طرف کس قدر ہے اور
کہاں تک بھی نسبت سے کم ہے۔ حوال متقارب کے علالت کو پوری طرح سمجھنے کے لئے مذکورہ امور کے علاوہ مندرجہ ذیل باتوں
کا معلوم کرنا بھی ضروری ہے۔ حوال والی آنکھ کی طاقت قیام جس کے ذریعہ یہ کسی شے کی طرف دیکھنے میں اپنے آپ کو اس
شے پر توجہ کر سکتی ہے (۱) بصارت زوجی پائی جاتی ہے یا نہیں (۲) احساس امتزاج کہاں تک موجود ہے (۳) ماؤف
آنکھ کی انعطافی حالت (۴) بصارت کی تیزی کس قدر ہے۔

بہت چھوٹے بچوں کی بصارت کا معائنہ کرنے کے لئے ماہر دقتہ ثلثہ سفارش کی ہے کہ ہاتھی دانت کی چھوٹی
چھوٹی گولیاں استعمال کی جائیں جن کا حجم مختلف ہو۔ ان کو فرش پر بکھیر دیا جائے۔ اور بچے سے ان کو اکٹھا کرنے
کے لئے کہا جائے۔

حوال متقارب مرفوق کا علاج (الف) ازالہ اسباب کے ذریعہ معالجہ کلی طول بصر اور سداد بصر کو معلوم کرکے عینک
کا لگانا اور ہمیشہ استعمال کرنا۔ انعطافی طاقت کو معلوم کرنے کے لئے بچوں میں ایٹروپین کا استعمال بہت ضروری ہے۔ اس کا
استعمال برابر جاری رکھا جائے یہاں تک کہ مرض کو عینک استعمال کرتے ہوئے کچھ عرصہ گزر جائے۔ بعض ماہرین ۵ تا ۱۲
اس سے بھی کم عمر بچوں کے لئے عینک کا استعمال ضروری بتاتے ہیں۔ عینک کے لگالینے کے وقت حوال کم یا بالکل
غائب ہو جاتا ہے۔ طاقت توفیق پر جو زیادہ زور پڑتا ہے وہ اس کے پھٹنے سے رفع ہو جاتا ہے۔ اس کے علاوہ منائی
کو بہتر بنانے میں بھی اس سے فائدہ پہنچتا ہے۔ لنگلی باندھنے والی آنکھ میں ایٹروپین ڈالنے سے عینک کے لگانے
میں مدد ملتی ہے۔

(ب) علاج مختص باعتبار عینین (Orthoptic treatment) ماہر جاوال کو یہ عزت حاصل
ہوتی ہے کہ اس نے اس طریقہ علالت کو ایجاد کیا ہے۔ اس کے ذریعہ ضعف بصارت کے پیدا ہونے میں کمی ہوتی ہے۔
اور احساس امتزاج کو بڑھانے یا سکھانے کی کوشش کی جاتی ہے ضعف بصر کے تدارک کے لئے تذرت آنکھ کو
دن میں چند گھنٹوں کے لئے بند کر دیا جاتا ہے۔ یہ مدعا پٹی لگانے کے بجائے ایٹروپین ڈالنے سے بھی حاصل ہو جاتا ہے۔

کبھی ایسا کرنے سے بھی آنکھ میں حول متقل ہو جاتا ہے۔ بالعموم اس وقت جب کہ حول والی آنکھ میں رات میں نزدیک سے کام کرنے یا پڑھنے کے لئے سستیاں کی جائے جب اس آنکھ کی بنیائی بنیوی درست ہو تب تو اس میں متقل ہو جانے کی کوشش کرنی چاہئے۔ اگر مرض کو بصارت زوجی کا اس نہ ہو تو اس کو پیدا کیا جائے۔ اور یہ اس وقت ممکن ہوتا ہے جب کہ حول والی آنکھ بہت زیادہ خراب نہ ہو۔ مرض کے لئے بصارت زوجی کا پیدا کرنا اس امر پر منحصر ہے کہ اس کو ہم مسلسل حول والی آنکھ کی شبیہ کا شعور دلائیں اور مشوری ٹیسٹ کے ذریعہ ممکن ہی یعنی مصنوعی طور پر زوجی بصارت پیدا کی جائے۔ مشوری شیشہ آنکھ کے نیچے رک جائے اس کا قاعدہ نیچے کی طرف ہو یا سرخ رنگ کا شیشہ حول والی آنکھ کے سامنے رکھ کر سامنے روشن موم بتی کی طرف دیکھنے کی تاکید کریں۔ یہ ورزشیں روزانہ کی جائیں۔ یہاں تک کہ بصارت زوجی بغیر کسی مشوری ٹیسٹ کے پیدا ہو جائے۔

بصارت زوجی پیدا ہونے کے بعد مرض سے کہیں کہ وہ دونوں شبیوں کو مدغم کرنے کی کوشش کرے تاکہ بصارت بالعیین (ایک نظری) پیدا ہو جائے اس مقصد کے لئے ہم نظارہ مشوری مجسمہ (Stereo Scope) کو استعمال کرتے ہیں ماہر و تھ کا (Amblyoscope) یا ج کل کا ترمیم کردہ وہ آئینہ استعمال کرتا ہے جس میں شبیہات کو دیکھنے کے لئے روشنی کم و زیادہ کی جاسکتی ہے احساس متقل کو بڑھانے کے لئے یہ ورزشیں اس حصہ میں کرنا چاہئے جس میں کہ طبعی طور پر یہ احساس پیدا ہوتا ہے۔ ۱۰ سال کی عمر کے بعد اس کوشش میں ناکامی ہوتی ہے اور اس کو برسر کار لانے کے لئے بہت زیادہ صبر و استقلال کی ضرورت ہوتی ہے۔ مگر اس کے باوجود علاج کل بعض ۵-۱۰ سال کے مریضوں کا علاج اس طریقہ سے کرنے پر بصارت بالعیین (ایک نظری) کے حصول میں کامیابی ہوئی ہے۔

یہ مصلحہ چونکہ سچے ہوتے ہیں اس لئے ان کے واسطے ان ورزشوں میں صرف معمولی تصاویر استعمال کی جاتی ہیں جن کو نیچے اوپر کرنے سے امتزاجی کیفیت حاصل ہوتی ہے۔ ان تصاویر میں گویا صرف دو ضلع ہوتے ہیں تیسرا ضلع غائب ہوتا ہے۔ شروع شروع میں یہی تصویریں کافی ہو جاتی ہیں۔ پھر ان کے بعد تدریجاً قلیدس (میٹریکس) کی شکلیں استعمال کی جاتی ہیں۔ تاکہ مجسمہ کا احساس بھی مریضوں میں پیدا ہو سکے۔

ماہر و تھ کا خیال ہے کہ یہ علاج کسی معالج کے زیر نگرانی انجام دیا جائے۔ کیونکہ جن بچوں میں اس کی مشق کی اہلیت ہوتی ہے وہ اس عمر سے زیادہ عمر کے ہوتے ہیں جس میں کہ احساس متقل پیدا ہوتا ہے۔ مذکورہ طریقہ علاج

ان مضمون میں بھی مفید ثابت ہوتا ہے جن میں آپریشن کیا گیا ہو۔ لہذا آپریشن کے بعد اس طریقہ علاج سے مدد حاصل کرنا ضروری ہے۔ مگر اس میں بعض اور اس کے والدین دونوں کے صبر و دشمنی کی زیادہ ضرورت ہے۔

(ج) جراحی علاج بعض ماہرین کا خیال ہے کہ اس سلسلہ میں عمل جراحی بالکل بیکار ہے۔ لہذا اس طریقہ علاج کو اس وقت تک ہرگز اختیار نہ کرنا چاہئے جب تک کہ مذکورہ ورزشیں ناکام نہ ثابت ہو جائیں۔ یا اس وقت اس کو اختیار کیا جائے جب کہ موزن ذکر طریقہ زیادہ طوالت والا معلوم ہو یا اس سے فائدہ پہنچنے کی رفتار بہت سست ہو۔ ان تمام باتوں کے باوجود ماہرین کی کثیر تعداد اب بھی اعمال جراحی سے حول کا علاج کرتی ہے اور مذکورہ طریقہ کو بعض اوقات امداد کے طور پر اختیار کیا جاتا ہے بعض ماہرین ایسے بھی ہیں جو ان کو استعمال نہیں کرتے۔ حول کے مریض کا آپریشن کس عمر میں کرنا چاہئے؟ اس کے متعلق ماہرین آپس میں مختلف رائے ہیں۔ عام طور پر آپریشن کئے ۵-۶ سال کی عمر تک انتظار کیا جاتا ہے۔ مگر جن ماہرین نے مختلف مناظری کیفیات کا مطالعہ کیا ہے ان کی رائے ہے کہ آپریشن جس قدر جلد کر دیا جائے اتنا زیادہ مناسب ہے۔ کیونکہ حول مرافق عصبی خرابی کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ اس میں عضلی خرابی مطلقاً نہیں ہوتی اور یہی وجہ ہے کہ اس کے علاج کے لئے ایسے اصول وضع نہیں کئے جاسکے کہ جن کی بنا پر ہم مریض کے حالات کے مطابق نتیجہ اخذ کر سکیں۔ ہاں صرف وہ مریض جن میں کہ بصارت بالعمین کے حصول میں کامیابی ہوسکتی ہے۔ ان میں یہ ممکن ہے کہ حول کو جہاں تک ہو سکے دست کر دیں اور بقیہ کو مریض کے احساس امتزاج پر چھوڑ دیں اور پھر بعض اس احساس کے ذریعہ باقی ماندہ حول کو رفع کر لے۔

زمانہ سابقہ میں عموماً ماہرین قطع وتر (Tenotomy) کا آپریشن کرتے تھے عام اس سے کہ ایک عضلہ مستقیمہ کا یا بیرونی و اندرونی دونوں عضلات مستقیمہ کا اس کے علاوہ بیرونی عضلہ مستقیمہ کے بیٹھانے کا عمل جراحی کیا جاتا تھا۔ (تقدیم عضلہ مستقیمہ و شید) مگر آن کل صرف عضلہ مستقیمہ و حشریہ کا عمل تقدیم استعمال کیا جاتا ہے اور قطع وتر کا عمل متروک ہوتا جاتا ہے۔ کئی سال ہوئے ماہرینڈولٹ (Landolt) نے ماہرین کو توجہ دلائی تھی کہ قطع وتر کے بعد متعدد خرابیوں نے لاحق ہونے کا احتمال ہے۔

عضلہ مستقیمہ اسیہ کا قطع وتر کرنے کی وجہ سے متقلعین کسی قدر باہر کی طرف آجاتا ہے اور خود عضلہ بھی کسی حد تک سکڑ جاتا ہے جس کی وجہ سے متدقاتی قوت کمزور ہو جاتی ہے۔ اور اس سے کچھ کم جانبی حرکتیں کی آجالی ہے اور اس کے

مقابلہ جنب کی حرکت میں کوئی معتدبہ مضافہ نہیں ہوتا۔ ورنہ صورت میں بھی جب کہ آنکھ کی حرکت میں عمل کی وجہ سے طبعی حالت سے زیادہ نہ ہو تو بھی کچھ چند سال میں حوں توسیع کی حالت اختیار کر لیتی ہو۔

عمل تقدیم عضلہ مستقیمہ و حشیہ (Advancement of external rectus) سے آنکھ عضلات کے بیچ میں قائم رہتی ہو اور اس عمل سے تقدیمین کی بیرونی حرکت بڑھنے کے ساتھ ساتھ عضلہ مستقیمہ بھی کمزور نہیں ہوتا۔ یہ کہ تقدیمین کی حرکات میں کسی حد تک اضافہ ہو جاتا ہے۔ اس کے علاوہ چونکہ اس عمل میں عضلہ چھوٹا نہیں کیا جاتا اس لیے حرکات کا طبعی حالت سے بڑھ جانا ممکن نہیں۔ بالخصوص جب کہ اندرونی عضلہ مقبضہ کا قطع و تر نہ کیا جائے۔ گردنوں عضلات کے عمل تقدیم کے بعد بھی حوں مرافق باقی رہ جائے فرض کیجئے کہ اس وقت میں حوں کی مقدار ۵ ذری ہو تو صرف قطع و تر کا عمل یا عضلہ کو لب کرنے کا عمل بڑی حد تک مناسب ہوتا ہے مگر جانبی وتر کے ساتھ اس عضلہ کے تعلق کو بالکل نہ چھڑا جائے۔

حوں کے لئے اعمال جراحیہ - قطع و تر۔ اس عمل کے واسطے مندرجہ ذیل آلات درکار ہوتے ہیں۔

(۱) پیچ والا مفتاح (Spring-stop speculum) (۲) دندانہ دار منقاش (Snell toothed forceps)

(۳) کسی قدر خمیدہ قلعنی جس کی نوک کند ہو (Curved blunt-scion) (۴) حوں کے

ہلکے عدد (Strabismus hooks) -

پہلے آنکھ میں کوکین محلول ڈال کر تختہ زیر پیدا کریں۔ اس کے علاوہ فیصدی طاقت کا محلول زیر تختہ مانتوں میں تعلق بھی کر دیں تعلق اس مقام پر کی جائے۔ جہاں پر کہ عضلات کے اوتار مقلہ چشم سے اکردنم ہوئے ہیں۔ یعنی جہاں سے اور سیدھا لیتا ہو۔ معالج مریض کے سامنے اور بائیں طرف کھڑا ہو جب کہ بائیں آنکھ کا آپریشن کرنا ہو۔ اگر دائیں آنکھ کا آپریشن کرنا ہو تو معالج بائیں کے سر کی طرف کھڑا ہو۔

مفتاح انجمن کو آنکھ میں لگا کر تقدیمین کو برہنہ کریں اور عضلہ مقبضہ انہی کے بعد ادغام پر تختہ کو منقاش سے ناکارہ قلعنی کے ذریعہ ملتزم میں منقاش اور آنکھ کے درمیان شکاف دیں۔ پھر اس سوراخ میں قلعنی کا سکہ ڈالیں کریں۔ اور زیر ملتزم مانتوں میں قلعنی کے اگلے سرے سے آہستہ آہستہ کاٹ کر ایک دستہ بایں۔ مگر یہ راستہ ملتزم سے وتر کے کنارے کے اور تک جاتا ہو بشرطیکہ آپریشن بائیں آنکھ میں کر رہے ہوں۔

کردائیں انکڑ میں یہ عمل جرحی انجام دیا جاتا ہو تو راستہ وتر کے نیچے گنا سے تک بنانا چاہئے۔ اب قبضی کو
 کال کر علیحدہ رکھ دیں مگر تاہم نو ہزار منقاس میں پڑے۔ جب دوتوں والے ہک کو دائیں ہاتھ میں لے کر اس کے خیمہ
 سے کسی راستہ کے ذریعہ وتر تک نہ پائیں اور ہک کے نوک دوسرے کو اس دوران میں صلیب سے متصل رکھیں
 وتر کے نیچے پہنچا کر اس ہک کے سرے کو نگھائیں تاکہ اس کا سرا وتر کے نیچے سے اس کے دوسری طرف چلا جائے
 اور اس کو ذرا باہر کھینچنے پر یہ وتر کو پکڑے۔ اب منقاس کو بھی علیحدہ رکھ دیں اور ہک کو جس پر وترنگ ہو رہی ہے
 ہاتھ میں لے لیں پھر قبضی کو دائیں ہاتھ میں پکڑ کر اس کے ایک پل کو مقدسین اور وتر کے درمیان لے جائیں اور وتر کے
 جوار اتصال پر اس کو کھانٹ دیں۔ وتر کو ہک کے دستہ کی طرف کاٹنا مقابلہ دستہ سے دو کاٹنے کے زیادہ بہتر ہے
 کیونکہ اس حرکت کرنے سے عضلہ کے الیاف راست میں آکر نہیں کٹتے۔ اسی حالت میں دوسرے ہک کو اندر داخل کر کے
 اوپر نیچے تلاش کریں کہ یہیں وتر کے کچھ اور الیاف ایسے تو نہیں رہ گئے جو نہ کٹے ہوں جب یہ طعنان ہو جائے کہ وتر
 کے سب الیاف بالکل کٹ گئے ہیں تو ہک کو نکال دیں۔ یہ قرنیہ کے کراسے تک بغیر کسی روٹ ٹوک کے چلا آتا ہے۔

کر وتر کا چھوٹا حصہ بھی بغیر سٹا ہو رہ جائے گا تو عمل جرحی کا فائدہ طعنان بخش نہ ہوگا۔ وتر کو کاٹ لینے کے بعد
 اندرونی طرف آنکھ کی حرکت میں نمایاں کمی ہو جائے گی۔ کیونکہ اب اس جانب میں حرکت کو صرف ان اتصالات سے مدد
 مل سکے گی جو نیچے واصل کے ذریعہ قائم ہیں۔ یا ان کے علاوہ غلاف تینان سے بھی کچھ مدد پہنچ سکتی ہے۔ گرائنگ کن
 میں خرابی پوری طرح رونما نہ ہو تو ظاہر ہے کہ کچھ الیاف وتر کے کاٹنے سے باقی رہ گئے ہیں۔ لہذا ان الیاف کو تلاش
 لینے کے لئے دوبارہ حول کا ہک ڈالنا ہوگا اور ان کے مل جانے پر ان کو کاٹنا پڑے گا۔ مقدسین کی اندرونی جانب
 حرکت کو پوری طرح معلوم کرنے کے لئے ضروری ہے کہ آپریشن سے پہلے اس کو دیکھ لیں کہ کس قدر پائی جاتی ہے تاکہ آپریشن
 کے بعد دونوں حالتوں کا صحیح موازنہ کر سکیں۔ اس کے علاوہ

شکل نمبر ۱۵۴

فہم

عمل تقدیم وتر کا طریقہ

دوسری آنکھ کی اندلی حرکت کا مقابلہ بھی ضروری ہے کہ آپریشن
 کا اثر کم کرنا مقصود ہو تو ملحقہ زخم کے کنارے پر ہر ایک
 ٹانگے کے ذریعہ سہی جائیں۔ کو یہ کہ اس عمل سے ہم وتر کو

بہت زیادہ ہٹا کر چر ہٹانے سے روکتے ہیں۔ اور سے بھی بہتر طریقہ آپریشن کے اثر کو کم کرنے کا یہ ہے کہ وتر میں سے

ایک لٹکا گزار کر جیسا کہ اصل تقدیم میں کیا جاتا ہے، اس کو اس قدر زیادہ بڑا کر دینا چاہیے کہ اس میں قطع کردہ وتر کے ذریعے یہ وتر کو جنوں طور پر پٹا ہو جس میں جیسا کہ تصویر نمبر ۱۰ میں دکھایا گیا ہے۔ مقدمت اور اٹا کے شکاف

وتر کی موٹائی میں سے جاتے ہیں۔ اور یہی شکاف

مقام پر دیا جاتا ہے جو کہ وتر کی موٹائی سے کم کر دیا

ہے۔ اگرچہ ہم چاہیں کہ عمودی انحراف اتنی ترسہ، نزدیک

ہو تو وتر میں شکاف شکل بند کے مطابق دینا زیادہ درست

ہے۔ اس میں اوپری طرف تہی و زخمی جوتا ہے۔ اگر نیچے کی طرف لانا مقصود ہو تو شکاف ب کو بقا پر اس کے وتر کے قریب

جاء اتصال سے نزدیک تر دینا چاہیے۔ اگر زیر بند کی رختوں میں بہت زیادہ چپتر چپتر کر چکے ہوں تو پتھر میں لٹکا

لگانے کی ضرورت ہوتی ہے تاکہ اصل بہت زیادہ نیچے کو نہ سبب جائے یا بڑھنے صلیب پر بند بنی نہ ت نہ بن جائے۔

حوں کے لئے یہ پتھر عمل جراحی کا طریقہ ہے۔ جس پر چند تہیوں سے مدغم ہوتا ہے اس مقام کے زیر کینے

کے نزدیک پتھر کی چپٹ کو منقاش سے پکڑ کر اس میں ایک شکاف کند نوک والی قنچی سے کیا جاتا ہے تاکہ وتر کھل جائے

اب اس سوراخ میں حول والا ایک ڈال کر اس کو وتر کے نیچے لیجاتے ہیں اور قنچی اندر ڈال کر اس کو ذرا کھول لیتے ہیں

اس طرح پکڑ کر اس کے ایک پھل کا سراہک کے نزدیک اور دوسرے پھل پتھر اور وتر کے درمیان رہتا ہے

ور وتر کو معتدل مین سے متصل ہونے کی جگہ پر کاٹ دیتے ہیں۔ آج کل ہی طریقہ کو برطانوی مہاکوین اختیار

کرتے ہیں۔ مگر ہمارے خیال میں یہ طریقہ جو کہ فان گراف (Von graef) کے نام کی طرف منسوب ہے

زیادہ بہتر ہے کیونکہ اس سے نتائج میں سبب کوئی تبدیلیاں ممکن ہوتی ہیں۔

”فان آرت“ (Von art) کے طریقہ میں پتلے وتر کے نیچے ایک ہک ڈالنے کے بجائے وتر کو اس

منقاش سے پکڑ لیتے ہیں جو پتھر کو اٹھائے ہوئی تھی۔ اور بقیہ طریق عمل وہی ہے جو فان گراف کے طریقہ میں بیان کیا

گیا ہے۔ فان گراف کے طریقہ سے یہ طریقہ کم تکلیف دہ جوتا ہے

قطع وتر کے فوری اور آخری نتائج یکساں نہیں ہوتے۔ بلکہ آپریشن کے بعد فوری اثر نایاب ہوتا ہے۔ کیونکہ

عضلہ کا وتر اپنے جاء اتصال سے الگ ہو جاتا ہے اور چند روز کے بعد جب وہ سکڑ جاتا ہے تو اس کے اثر میں کمی رونما

میں سے نہیں پسند ہفتوں میں اثر پھر نمایاں ہو جاتا ہے اور یہ نمایاں اثر تقریباً ایک سال تک رہتا ہے۔

آپریشن سے پہلے ہی اس کے فوری اثر کا معلوم کر کے، دئے دھن کی طاقت مستدقاق کا موازنہ کرتے ہیں۔ اگر مریض سے مرنے کی ہنگامی کی حالت، ٹینٹ کو کہا جائے۔ - معالج اس ہنگامی کو مریض کے سامنے درمیان خط پر رکھے اور مریض کی ناک کے پاس ۱۱۔ ۱۵ سی میٹر تک سے آستید مریض پی طاقت مستدقاق کو استعمال کر کے اپنی دونوں آنکھوں کو اس ہنگامی کی حالت قائم کرے تو اس کا مطلب یہ ہو کہ آپریشن کا فوری اثر بہت زیادہ نمایاں نہیں ہوگا۔ مگر جب ۱۸۔ ۲۰ سی میٹر کے فاصلہ پر مریض کی ہنگامی ہو اور آپریشن کردہ آنکھ مستدقاقی حرکت بند کرے یا متع ہونا شروع ہو جائے یا پہنٹی میٹر کے فاصلہ پر اس آنکھ کا مستدقاق رونما ہو مگر چند لمحات سے زیادہ قائم نہ رہ سکے اور پھر اس میں باہر کی طرف انحراف شروع ہو جائے تو اس کا مطلب یہ ہوگا کہ آنکھ کا محور بھری نواہ درست ہی کیوں نہ ہو مگر یہ کسی حد تک متع حالت میں ہوگی۔ لہذا اس حالت کو روکنے کے لئے ایک ٹانگا لگانے کی ضرورت ہوتی ہے۔ کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ ۱۲ سی میٹر تک مریض مستدقاقی حالت آنکھ میں پیدا کر سکتا ہے اور چند لمحات تک اس حالت کو قائم ہی رکھ سکتا ہے مگر اس کے بعد آنکھ اندر کی طرف گھوم جاتی ہے۔ اور حوں پھر پیدا ہو جاتا ہے۔

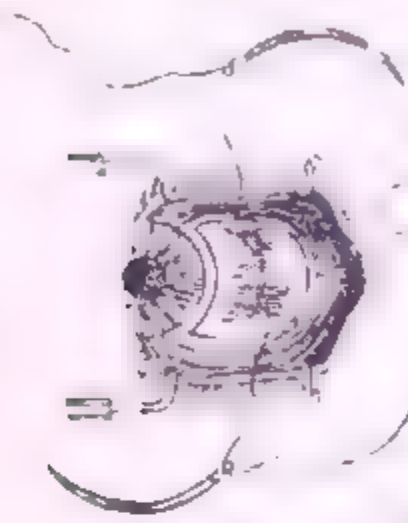
عمل تقدیم (Advancement) اس عمل جرجی کے لئے تخذیر عمومی کی ضرورت ہوتی ہے اور معالج اس کے فوری اثر کو نہیں معلوم کر سکتا کیونکہ تخذیر کی وجہ سے حول غائب ہو جاتا ہے۔ اس میں ملتحہ کے اندر عضلہ مستقیمہ وحشیہ کے خارجہ اتصال پر ایک شگاف دیا جاتا ہے جو وتر کی چوڑائی کے برابر ہوتا ہے۔ پھر اس شگاف سے لے کر قرنیہ کے کنارے تک ملتحہ کو صلبیہ سے قینچی کی کند نوک کے ذریعہ الگ کر دیا جاتا ہے۔ کیونکہ بالآخر اسی میں وتر کو لگایا جاتا ہے۔

اب حوال کا ایک ہک وتر کے نیچے سے ڈال کر اس کے خارجہ اوغام تک لے جاتے ہیں۔ مگر یہ لحاظ رکھا جاتا ہے کہ پورا وتر ہک کے اوپر آجائے، پھر ایک سوئی میں بے شیم کا باریک تاگا ڈال کر اس کو صلبیہ اور وتر کے درمیان سے گذر کر وتر کے نیچے لے جاتے ہیں۔ اسی طرح دوسرا ٹانگا وتر کے نیچے سے ڈالنے ہیں اور وتر کے اندر سے گذر کر پہلے ٹانگے کے نزدیک گھاٹیتے ہیں ٹانگوں کو پھیلانے سے احتیاط رکھنے یا عضلہ کو کٹ جانے سے بچانے کے لئے ان دونوں ٹانگوں کو نہایت مضبوطی کے ساتھ وتر پہ باندھ دینا چاہیے۔ ہر ٹانگے کے بلے سرے کو چھوڑ دیں۔ وتر کو اس کے خارجہ اوغام کے نزدیک صلبیہ سے الگ کر میں، ٹانگوں کو ملتحہ کے اندر سے عضلی ایمان کی طولانی سمت میں



- (۱) حوالہ متبعہ راہیں انکے کے ساتھ مستعملہ، حوالہ کے عمل کے بعد ان کے حوالہ کے لئے کی وجہ سے •
- (۲) ان کے دو ماہوں کے ساتھ مستعملہ، حوالہ کے عمل کے بعد ان کے حوالہ کے لئے کی وجہ سے •
- (۳) ان کے دو ماہوں کے ساتھ مستعملہ، حوالہ کے عمل کے بعد ان کے حوالہ کے لئے کی وجہ سے •
- (۴) ان کے دو ماہوں کے ساتھ مستعملہ، حوالہ کے عمل کے بعد ان کے حوالہ کے لئے کی وجہ سے •

کے لیے اور وہی سہل و آسان ہے کہ اسے تو بندہ دین نصیبی کے واسطے ضروری ہرگز قوی کنا سے کہ متوجہ



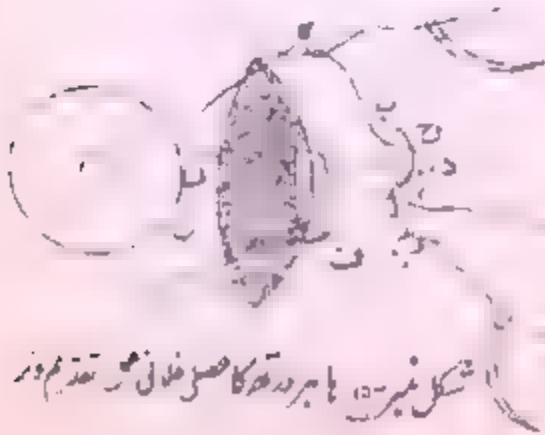
شکل نمبر ۱۰۲

نصیبی سے چند عینت کو بھی کہ یہ سب سر میں بہت
حقیقہ طے ہے۔ ورنہ ہر کا عمل جائز رکھتے ہیں۔ انجانہ
اس عمل برقی کے نتائج کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے
کہ ٹانگے وتر کی جوار و نام سے کس قدر نزدیک یا دور
ہیں۔ نیز ٹانگے کس قدر سبب سے گئے ہیں۔ ٹانگوں
کے اکیسے سے پیشتر اگر دیر کا کچھ حصہ کاٹ دیں تو نتیجہ
زیادہ نمایاں پڑتا ہے۔ اگرچہ چاہیں کہ آئندہ چن کر

عمل تقدیم کیا ہو اور زیرین ساختوں سے متعلق ہو جائے تو بہتر ہے کہ عمل جراحی کے وقت صلیب کو جو ذرا نیچے سے توڑا سا کھ لیا
عمل تقدیم میں متعدد ماہرین نے اپنے خیال کے مطابق کچھ تبدیلیاں کی ہیں جن میں سے بعض ٹانگے لگانے کے
طریقوں سے متعلق ہیں۔ چنانچہ بعض ماہرین صرف آدھا حصہ کاٹ دیتے ہیں اور اس کو پوری سطح نہیں کاٹتے۔ اور بعض ماہرین
وتر کو لمبائی میں کاٹ دیتے ہیں۔ اور اس کے دونوں ٹروں کو قزاق کنا سے کے، دیر اور نیچے صلیب پر لگ، ایک ٹانگہ
لگا کر قائم کر دیتے ہیں۔

غلافی عمل تقدیم میں عضلہ کی تقدیم کے ساتھ غلاف نین کو بھی شریک کر لیتے ہیں۔ ورنہ کہ ٹانگہ لگاتے وقت

دوبارہ کے دوبارہ ٹانگہ لگاتے ہیں۔ ہم نے ان تمام طریقوں
کی اتباع کی ہرگز مذکورہ بالا طریقہ کو بہترین سمجھتے ہیں۔



شکل نمبر ۱۰۳ ماہرہ کا عمل غلافی عمل تقدیم اور

صرف آدھا کاٹنے والے عمل جراحی میں یہ فائدہ مند
ہوتا ہے کہ اگر ٹانگے ٹوٹ جائیں تو سول کی حالت باعتبار پیشہ
کے، اور زیادہ تر اس نہیں ہوتی مگر اس میں نتیجہ اتنا اچھا نہیں
پڑتا جتنا کہ بیان کردہ سابقہ طریقہ میں۔

ماہرہ کا عمل غلافی عمل تقدیم بھی ایک عمدہ طریقہ ہے۔ اس میں نتیجہ کے، مزید حاضف انج مباحثہ فیہ سے دیگر

ٹمٹر اور غلاف ٹینٹ کو پیچھے ہٹا کر وتر کی باہر دھام کو کھول دیا جائے اور پھر ایسا ہی دوسرا شگاف غلاف ٹینٹ میں بھی دیا جاتا ہے۔ اگر حوں کا زیادہ بہت بڑا ہو تو شگاف نہ بنی دیا جاتا ہے جس کا محذب حصہ قرنیہ کی طرف ہوتا ہے۔ اس کی وجہ سے غشا زیادہ آسانی کے ساتھ پیچھے ہٹ جاتی ہے۔ وتر، غلاف اور ٹمٹر کو عمل تقدیم وئے ایک منقاش سے پکڑ لیتے ہیں جس کا ایک بازو وتر کے نیچے ہوتا ہے اور دوسرا ٹمٹر کے اوپر اور وتر کو اس کے جابر ادغام پر کاٹ دیا جاتا ہے۔

اوپر کی تصویر سے جیسا کہ ظاہر ہوتا ہے ٹانگہ الف کے مقام پر اندر کی طرف لے لیا جاتا ہے اور پھر پیچھے سے سامنے کی طرف مقام ب پر کھال لیا جاتا ہے۔ اس ٹانگہ میں عضلہ کی موٹائی کے بالائی کا ایک چوتھائی حصہ آتا ہے۔ ایسے ہی دوسرا ٹانگہ مقام الف 'ب' پر لگایا جاتا ہے پہلے ٹانگے کے سروں کو مقام ج پر باندھ دیتے ہیں۔ اب ٹورسے کے اس حصہ کو جس میں سوئی جو مقام د میں داخل کرتے ہیں اور ٹمٹر، غلاف نیز عضلہ میں سے گذر کر عمل تقدیم والی منقاش کے نیچے والے بازو کے نیچے سے لے جاتے ہیں۔ یہاں تک کہ اس کو قرنوی کنا سے کے نزدیک پہنچا دیتے ہیں اور سوئی کو صلیب کے سطحی پرتوں میں سے گذر کر مقام ل پر باہر نکال لیتے ہیں۔ اور مقام ہ پر ایک پینڈا لگا دیتے ہیں۔ دوسری طرف بھی ایک ٹانگہ ایسا ہی لگا دیتے ہیں۔ عضلہ کے مقدم حصے، ٹمٹر، اور غلاف ٹینٹ سبھوں کو عمل تقدیم والی منقاش کے پیچھے کاٹ دیتے ہیں اور ٹانگوں کو کس دیتے ہیں اس طرح کرنے سے گویا کہ عضلہ وغیرہ سامنے کو آ جاتا ہے۔ ٹانگہ لگانے سے پیشتر بہتر ہے کہ ایک مدگار ایک منقاش سے پکڑ کر تقدیم کو ابتدائی وضع میں رکھے اور مرضی کو تاکید کی جائے کہ وہ آپریشن کردہ عضلہ کی مقابل سمت میں دیکھے تاکہ عضلہ ڈھیلا ہو جائے۔ توازن کا قیام مقام ہ اور اس کے نیچے ٹانگوں کے ڈھیلا کرنے یا کسنے سے انجام پاتا ہے اور آخر میں نتیجہ کا امتحان قرنیہ پر مرآۃ یا شملہ کے انوکھاس کو دیکھ کر کیا جاتا ہے قطع وتر کے بعد آپریشن کردہ ٹانگہ پر ہلکی سی باندھ دی جاتی ہے مگر عمل تقدیم میں خواہ ایک ہی آنکھ میں آپریشن ہو نہ کیا گیا ہو پتی دونوں آنکھوں پر باندھنا چاہئے اور دس روز تک آنکھ کو صرف دھونے کے لئے کھولنا چاہئے۔

حول کے اعمال جرح میں خطرات - شدید التهابی رد عمل حول کے اعمال جرحیہ کے بعد نہایت شاذ و نادر ہی میں آتا ہے۔ اور عمل تقدیم کے بعد بھی اس کو نہ پیدا ہونا چاہئے۔ بعض معالجین کے ہاتھ سے وتر کو کاٹتے وقت صلیب میں سوراخ ہو گیا ہے کہ یہ خطہ صرف قینچی کے نوک سے ہونے کی صورت میں ممکن ہے۔ آپریشن کرتے وقت ممکن ہے کہ چھوٹی سی کوئی شریان کاٹ جائے اور غلاف ٹینٹ میں نزف الدم ہو کر خطرناک جھوٹا جین پیدا کر دے۔ مگر اس صورت میں

پندرہ روز تک دواؤں کی پی کے باز سے آنکھ پانی بہتی رہتی ہے۔ پھر دواؤں کی پی کے باز سے آنکھ پانی بہتی رہتی ہے۔ پھر دواؤں کی پی کے باز سے آنکھ پانی بہتی رہتی ہے۔

تین دن کے بعد اگر عمل میں نیچے کو کھینک کر تو ذیل کے طریقہ پر اس کو دواؤں کی پی کے باز سے آنکھ پانی بہتی رہتی ہے۔ پھر دواؤں کی پی کے باز سے آنکھ پانی بہتی رہتی ہے۔ پھر دواؤں کی پی کے باز سے آنکھ پانی بہتی رہتی ہے۔

عمل جراحی کے بعد کا علاج۔ طوں بھر کے بعد پھر آپریشن کے بعد سب نایک کا استعمال کرنا ضروری ہے۔ پھر دواؤں کی پی کے باز سے آنکھ پانی بہتی رہتی ہے۔ پھر دواؤں کی پی کے باز سے آنکھ پانی بہتی رہتی ہے۔ پھر دواؤں کی پی کے باز سے آنکھ پانی بہتی رہتی ہے۔

حول کی اصلاح جہاں تک بد وضعی سے متعلق ہے آپریشن کے ذریعہ ممکن ہے اور صرف اس کے لئے آپریشن کو لازم سمجھا جاتا ہے۔ مگر حقیقی معنی میں شفا اسی وقت حاصل ہوتی ہے جب کہ بصارت بالعیین حاصل ہو جائے۔ پھر دواؤں کی پی کے باز سے آنکھ پانی بہتی رہتی ہے۔ پھر دواؤں کی پی کے باز سے آنکھ پانی بہتی رہتی ہے۔ پھر دواؤں کی پی کے باز سے آنکھ پانی بہتی رہتی ہے۔

یہ عمل دوسری آنکھ کے عضلہ مستقیم علیا کی طاقت کی کمی کی وجہ سے کیا جاتا ہے۔

مات میں آجاتی ہے۔ مذکورہ عمل جراحی میں زیرین مجری کن سے پردہ جہاں کہ بالائی مجری دندان سے نیچے کی طرف سے دیکھ کر خط یکپہنے سے مجری کن سے کھلتا ہے، ایک ٹکاف دیا جاتا ہے اور حول والی بک مجری فرش کے ساتھ ساتھ اندر داخل کیا جاتا ہے اور اس کی نوک اندر اور اوپر کی طرف گھمایا جاتا ہے اور عضلہ کو پکڑ کر اس کے ترکہ بار ادغام کے پاس کاٹ دیا جاتا ہے۔

حول متعمر افق Divergent-concomitant-strabismus) حول کی قسم حول متعمر افق کی طرح عام نہیں ہے۔ اس کے لئے مرض قصر بصر میں مبتلا ہوتے ہیں جن کا قصہ ۵ یا ۶ بصر یہ تک ہوتا ہے۔ مگر حول کی قسم ان مرضوں

یہ بھی پانی پیتی ہے جن کو قصر بصر نہ ہو موزنہ صورت میں یہ حول امراض عصبیہ کے سلسلہ میں ملتا ہے۔

قصر بصر کی حالت میں دو اسباب نزدیک کی بصارت کے لئے مرض کی قوت استدقاق کو کمزور کرتے ہیں جن میں پہلا سبب یہ ہے کہ قصر بصر کی وجہ سے ان کو طاقت توفیق کی ضرورت نہیں پڑتی۔ اس لئے استدقاقی طاقت کو ترقی کر دینے کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے۔ اگر کام کرنے کا فاصلہ آنکھوں کے بہت زیادہ نزدیک ہو تو ہمیشہ اس فاصلہ پر آنکھوں کو استدقاقی حالت میں لانے کی کوشش قائم نہیں رہ سکتی شروع شروع میں قوت استدقاق کی کمزوری ناکافی استدقاق کی وجہ سے صرف نزدیک کام کرنے میں ظاہر ہوتی ہے مگر آخر میں دور کی اشیاء کے دیکھنے میں بھی یہ حالت اتساع سے بدل جاتی ہے۔

قصر بصر کی وجہ سے جو حول قسح پیدا ہوتا ہے یہ حول تقارب کے اعتبار سے زیادہ عمر میں ظاہر ہوتا ہے۔ اور ان مرضیوں کا احساس تیز بھی زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ بخلاف اس کے عصبی مرض کی وجہ سے پیدا ہونے والا حول قسح ایک خلقی خرابی کے مرضیوں کا احساس اتساع یا قسح ہوتا ہے یا بالکل ہی غائب ہوتا ہے۔ ان مرضیوں کو حول کی مقدار مختلف وقت میں مختلف ہو سکتی ہے جو حول قسح کے ساتھ طول بصر لاحق ہو تو استدقاقی حالت کی کمی کے بجائے اتساعی حالت بہت زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ یہ اتساعی حالت دور کی اشیاء کے دیکھنے کے لئے زیادہ پانی جاتی ہے مگر نزدیک کام کرنے میں کم ہو جاتی ہے۔ تاہم طبیعت و دیگر مگر جب ہم اس آنکھ کی قوت استدقاق کا معائنہ کریں اور اس معائنہ کے لئے کسی شے کو آہستہ آہستہ آنکھوں کے پاس لادیں شکر کہ بعض شے کی طرف دیکھ رہا ہو تو ہم کو معلوم ہوگا کہ قوت استدقاق طبعی حالت پر ہے۔

علاج۔ تھوڑے دنوں کے حول میں اگر قصر بصر کو مناسب عینک کے ذریعہ درست کر دیا جائے تو طاقت توفیق اور قوت استدقاق میں تعلق قائم ہو جانے کی وجہ سے ممکن ہے کہ حالت درست ہو جائے۔ عینک کو ہمیشہ لگانا ہوگا۔ دوسری حالتوں میں ایک یا دونوں طرف کے عضلات مستقیمہ انسیہ کا عمل تصدیم کرنا ہوگا جس کے ساتھ ساتھ عضلات مستقیمہ وحشیہ کا قطع و ترمیمی ضروری ہے بشرطیکہ خط ابھی سے مور بصارت کے ہشاش میں انحراف زیادہ ہو۔ حول قسح کے درست کرنے میں اگر کچھ زیادتی ہو جائے تو کوئی حرج نہیں کیونکہ یہ زیادتی کچھ عرصہ کے بعد کم ہو جاتی ہے۔

لوں دیر والی آنکھ اگر بہت زیادہ قسح حالت میں ہو تو ایک یا دونوں عضلات مستقیمہ وحشیہ کا قطع و ترمیمی ضروری ہے سے بصارت و اندھی۔ آنکھوں میں غیر مسترخانی حول قسح پیدا ہو سکتا ہے اور یہی حالت شدید قصر بصر والی آنکھوں میں بھی



(۱) یہہ دانشی حالت حوالہ سے اس کے جسم میں لگے ہوئے زخموں کی تصویر (۲) دوپوں طرف کے عضلات مستقیمہ اسسہ کی لہجہوں کے انصاف کے اوپر سے اس کے جسم پر لگے ہوئے زخموں کی تصویر (۳) آپریشن سے پہلے کی حالت — (۴) آپریشن کے بعد کی حالت (۵) ۱۰۵ روزہ عملات کے بعد جاریہ زخم سے مرخص ہونے کے بعد لگے ہوئے زخموں کی تصویر

طور پر بہت دور ہو جائیں یعنی ایک آنکھ دوسری سے بہت اونچی ہو ایسی صورتیں جو آنکھ اونچی ہوگی اسی کے نام سے دایاں یا بائیں انحراف خفی موسوم کیا جائے گا۔ مگر یہ دونوں حالتیں شاذ و نادر ہی پائی جاتی ہیں۔

خفی انحراف کو قابو میں رکھنے کے لئے عضلی کمزوری رونما ہوتی ہے۔ آنکھ کی اس کمزوری کی طرف مالک متحدہ مرکز میں خاص توجہ کی گئی ہے اور معلوم کیا گیا ہے کہ اس کی وجہ سے عصبی امراض مثلاً عام اعصاب کی کمزوری، استسقاء، اذیم عصبی درد، سر، قفس سنجی، صرع وغیرہ پیدا ہوتے ہیں۔ مگر ماہرین اس نظریہ کو مبالغہ آمیز خیال کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ خفی انحراف ان مرض میں سے قدیم مرض کے دوسرے اسباب کے ساتھ موثر ہو یا مخصوص ان لوگوں میں جو ان امراض میں مبتلا ہو۔ عصبی امراض والے مریضوں میں تندرست اشخاص کے اعتبار سے آنکھ کے عضلی توازن کی خرابیاں زیادہ نہیں پائی جاتی۔ اور یہ بھی ممکن ہے کہ عصبی امراض والے مریضوں میں آنکھ کے عضلات کی کمزوری بالکل ہی نہ پائی جاتی ہے۔

خشکی انحراف کے معائنہ کا طریقہ۔ ایسے مریض کو دکھانے کے لئے دور سے (۶ میٹر کے فاصلے سے) مومرتی کا شعلہ یا سن۔ شیشے والا بجلی کا میپ بہترین شے ہے۔ نزدیک کی شے دیکھنے کے لئے سیاہ، آبی یا سیاہ یا یلوا رنگ استعمال کریں۔ نشانہ دار خط بھی استعمال کر سکتے ہیں۔

ایک آنکھ کو بند کر کے انحراف خفی کا امتحان (امتحان سترہ) جب آنکھیں زیر معائنہ شے کی طرف دیکھ رہی ہوں تو معائنہ کرنے والے سے ایک آنکھ کو ڈھانک دیجئے۔ مگر اس سے پہلے زیر معائنہ شے کے قریبی انعکاس کو دیکھیں کہ قریب کے کس مقام پر ہے اور پھر ہاتھ ہٹاتے ہی فوراً قریبی انعکاس کے مقام کو دیکھیں و نیز اس کے بعد جب کہ آنکھ اپنی معمولی وضع پر جانے کے لئے اپنے محور کو حرکت دے اس وقت بھی اس انعکاس کے مقام کو دیکھیں۔ یہ آخری حرکت جو کہ آنکھ رونما ہوتی ہے اس سے انحراف کے خلاف حرکت کا پتہ چلتا ہے یعنی اگر ہاتھ ہٹانے پر آنکھ اندر کی طرف گھومتی ہے تو بھٹکا چاٹنے کہ آنکھ کو بند کرنے پر یہ باہر کی طرف ذاتی تھی۔ اسی طرح دونوں آنکھوں کو یکے بعد دیگرے دیکھیں۔ اگر ان آنکھوں کے بصری خطوط میں اختلاف ہو تو عموماً دونوں آنکھوں میں یہ حالت مرض یکساں ہوگی۔

اگر ایک آنکھ میں انحراف شدید واقع ہو تو جو آنکھ اونچی ہوگی وہ گھوم کر نیچے آوے گی اور دوسری آنکھ گھوم کر اوپر کو جائے گی۔ مثلاً اگر بائیں آنکھ میں عمودی انحراف ہو تو بائیں آنکھ کے بند کرنے پر یہ اوپر کی طرف گھوم جائے گی اور جب ہاتھ ہٹا جائے گا تو نیچے کی طرف رست کر کے اپنی پہلی وضع میں آجائے گی۔ اور دائیں آنکھ اس کے مقابلہ میں ڈھانکنے

پرسنیہ کو حرکت کرے گی اور ہاتھ بٹانے پر گھوم کر دپڑاؤا جائے گی۔ مریض طبعاً متحان و قدرتی بخش نہیں جو حرکت
کہ ذیل کا کسی متحان میں زیادہ ترافین کے احاسات و خصوص زوچی بصارت پر جان بھروسہ کرتا ہو۔

منشور شمشکی کے ذریعہ امتحان کا طریقہ (الف) سب سے پہلے اس امتحان کو ماہ "خان کریم" نے "عضلہ مستقیمہ" کی
کی باوری معلوم کرنے کے لئے متعارف کیا۔ اس میں ایک منشوری مثلث کو آنکھ کے سامنے عمودی طور پر رکھتے ہیں۔ یہ مثلث
اس قدر طاقت کا ہوتا ہے کہ تصدات کے بیڑے اس کی طاقت باطل نہیں ہوتی۔ دائری کاشٹ میں تسلسلہ کے واسطے
کافی ہے۔ ایک سفید کاغذ پر ایک سیاہ خط جس کے درمیان میں ایک موٹا نقطہ ہوتا ہے کھینچ کر کاغذ بغیر کو دسے دیا
جاتا ہے تاکہ وہ اس قدر دور رکھ کر اس کو دیکھے جتنا کہ چاہے گھسنے کے لئے کہتا ہو دور رکھی جاتی ہو۔

اگر دائیں آنکھ کے سامنے منشور کا قاعدہ نیچے کی طرف رکھ کر دونوں آنکھوں کو طبعی طور پر اس پر قائم کیا جائے تو
نقطہ اوپر خط دونوں کی دو شبیہ دکھائی دیں گی۔ مگر یہ دونوں شبیہ ایک دوسرے کے اوپر نیچے نظر آویں گی اور چونکہ
ان دونوں خطوں کی شبیہ ایک دوسرے کے اوپر چڑھی ہوتی ہے اس سے یہ ایک لب خط دو نقطوں کے ساتھ ملتا
آتا ہے جس میں سے اوپر کا نقطہ دائیں آنکھ کی شبیہ کا ہے۔

جب دونوں آنکھوں کی قوت استقامت کمزور ہو تو دائیں آنکھ کی شبیہ بائیں آنکھ کی شبیہ
صرف اونچی نہیں بلکہ بائیں طرف کو ہٹتی ہوئی بھی ہوتی ہے اور اس طے زوچی بصارت پیدا ہوتی ہے۔
ہے۔ یعنی دائیں آنکھ کی شبیہ بائیں طرف اور بائیں آنکھ کی دائیں طرف (مقاطع) ہوتی ہے جو کوایک
استقامتی کمزوری میں مذکورہ خط دو خطوں کی صورت میں دکھائی دیتا ہے اور نقطہ بھی دونوں
میں الگ الگ نظر آتا ہے۔

شکل نمبر ۱۰

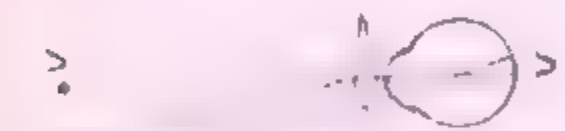
ان میں سے اوپر والا نقطہ دائیں طرف اور نیچے والا دائیں طرف ہوگا
یہ متقاطع بصارت زوچی اس امر کی دلیل ہے کہ دونوں آنکھوں میں اتنا ع
موجود ہے۔ اس حالت میں عضوی عمودی بصارت زوچی اخراج خفی کو ظاہر کر دے
ہے اور بائیں بصارت زوچی بھی ظاہر ہو جاتی ہے۔

اسی سلسلہ میں عمودی اخراج کے متحان کے لئے منشوری مثلث کو خفی طور پر کیس کیونکہ عضلہ مستقیمہ و حشیہ عضلہ

تستیم یہ سے بہت کمزور ہوتا ہے، اسی لئے کم طاقت کا منشور بھی ہستیاں کر سکتے ہیں لیکن اس قصہ کے ساتھ "سوری آسان" دیدہ ہے۔

(ب) منشوری امتحان کے لئے "سٹینسن" (Stevens) کا مقیاس شدہ (Phorometer) زیادہ سب سے۔ اس آلہ میں منشور کو ہم عمودی اور افقی دونوں طرح امتحان کر سکتے ہیں۔ منشور کو گھمانے سے بصری خطوں کا امتحان ناپا جاسکتا ہے اور انحراف کی مقدار دائیں بائیں پایہ پر صاف ظاہر ہوتی ہے۔

۱. آج ماہر کس کا دوہرا منشوری آئینہ بھی مفید ہے۔ اس میں دو منشور ہوتے ہیں جن کے قاعدے ایک دوسرے کے ساتھ ملحق رہتے ہیں۔ جب ان کو دائیں آنکھ کے سامنے عمودی طور پر رکھ جائے اور دونوں منشور کی جہاں اتصال حدِ عین کے سامنے ہوں اس آنکھ سے دو شبیہ نظر آتی ہیں۔ اگر عضلی توازن قائم ہو تو بائیں آنکھ سے دیکھنے پر نقطہ دوسرے نقطوں کے درمیان ایک خطا پر نظر آئے گا۔

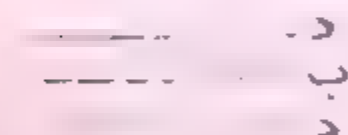


ب

ب

شکل نمبر ۱۵۹

اور اگر زیر معائنہ صرف افقی خطا ہو تو مختلف خرابیوں کو ہم بائیں آنکھ والے خط سے معلوم کر سکتے ہیں کیونکہ اس کی وضع دائیں آنکھ والے دو خطوں کے ساتھ مختلف ہوتی ہے۔



شکل نمبر ۱۶۰

(۳) میڈیکس کے عصائے ذریعہ امتحان کا طریقہ یہ طریقہ امتحان سب سے اچھا ہے۔ اگر کسی شخص کی طرف کسی قوی استخوانی کے اندر سے دیکھا جائے تو یہ شعلہ ایک لمبا خطا لیا نظر آتا ہے۔ اس عمل کے ذریعہ ایک شے کی دو شبیہ کو اس قدر مختلف بنایا جاتا ہے کہ کسی طرح بھی یہ دونوں غم ہو کر ایک نہیں دیکھی جاسکتیں اس سے یہ فائدہ ہوتا ہے کہ نتائج باوجود خرابی وضع کے خراب نہیں ہوتے۔

شکل نمبر ۱۶۱

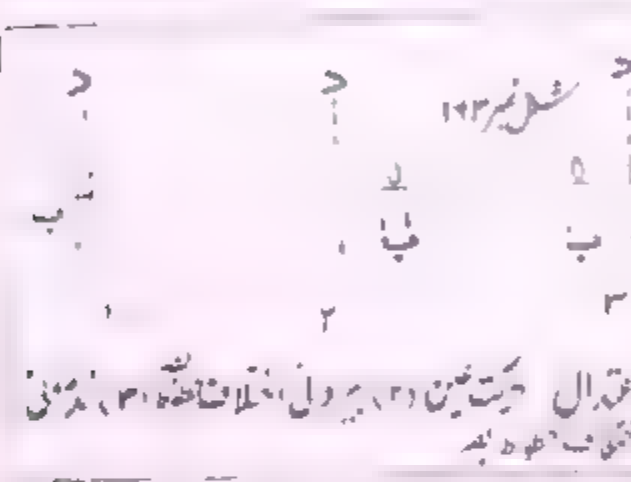
یہ آلہ شبیہ کی چند قلموں پر مشتمل ہوتا ہے جو کہ ایک گول حلقہ کے اندر چکر لگاتے ہیں ایک دوسرے کے ساتھ لگے ہوتے ہیں ان کا رنگ سرخ ہوتا ہے۔ روشن شے کو ان سے اندر سے دیکھنے پر ایک سرخ خطا کی صورت میں نظر آئے گا۔

نظر آتا ہے۔ اور یہ سن لکھنے والوں کے ساتھ اور یہ قائم رہتی ہے، اس کے ساتھ ساتھ ایک آنکھ کے سامنے رکھ لیتے ہیں
 دوسری آنکھ بند رہتی ہے۔ دربارہ راست شدہ کی طرف بھی
 رہتی ہے۔



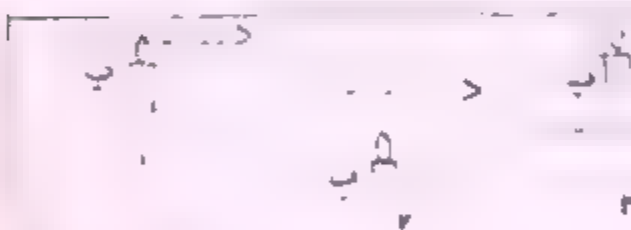
شکل نمبر ۱۹۲

بہرہ بینائی کے عصبیات



اُردو نون، آنکھوں سے دیکھنے میں شعلے کے
 اندر سے شریخ خدا گزرتا ہوا دکھائی دے تو اس حالت
 کو "اعتدال حرکت عین" (Ochlophoria) کہتے ہیں۔

ان قلموں میں سے گذرتی ہوئی روشنی کو ان
 کے توری کے ساتھ زاویہ قائم بنا چاہئے، لہذا یہ قلمیں
 افقی حالت میں ہوں بشرطیکہ آنکھ میں نہایت افقی ہو
 عمودی اجزائے شعلے عمودی حالت میں رکھنا چاہئے۔



جب یہ سرخ لکھ دیکھنے کی شبیہ درج ہوں تو
 جس طاقت کے مشورے شیشے سے یہ دونوں ایک خط
 میں آجائیں اسی کے ذریعہ ہم اس انحراف کو مانتے ہیں۔

اس کو ناپنے کے لئے ایک ماسی مقیاس استعمال کر سکتے
 ہیں۔ جس کا صفر نشان ٹھیک شعلہ کے پیچھے رکھا ہوتا ہو عمودی انحراف کے لئے اس مقیاس کے عمودی اور افقی بنسار
 زوجی کی حالت میں افقی رکھنا چاہئے۔ ہر حالت میں شیشے کی قلموں والے آلے کی قلموں کا محور مقیاس کے متوازی
 ہونا چاہئے۔

جب آلے کے شیشے کی قلمیں عمودی ہوں تو اس کو کھڑکی کی روشنی سے بچانا چاہئے، بعض کے کہ کو مختص
 میں رکھ کر بصارت زوجی کی حدود کو آنکھ کے عضلی میدان میں مطالعہ کر سکتے ہیں۔ اس عمل کے لئے ہم ماس کے
 مقیاس کے افقی اور عمودی حصہ کو دیوار کے ساتھ لگا دیں۔ اور سبکی کا لیمپ یہ شعلہ اس کے صفر درجہ پر ہو۔ یہ نشان

اختلاف خطوط البصر (Heterophoria) کس قدر بصارت کی کمزوری کا باعث بنتا ہے اس سے متعلق ماہرین میں اختلاف ہے۔ ممالکات میں مدیک ماہرین کے نزدیک نزدیک خطوط البصر کمزوری بصارت کا بہت بڑا سبب ہے مگر بہت کم کسی مریض میں پائی جاتی ہو اور اس کو کسی قسم کی کوئی تکلیف نہ ہو مگر بہت تکلیف دہ حالت ہے اس سے دوسرے درجہ پر اندرونی اختلاف خطوط البصر (Esophoria) اور تیسرے درجہ پر بیرونی اختلاف خطوط البصر (Exophoria) ہے۔ کیونکہ سو خزانہ کرنا اس وقت تک تکلیف دہ نہیں ہوتی جب تک کہ ستر قاتی راستہ میں کمی نہ ملتی ہو۔

علامات - درد سر و آنکھوں میں درد یا مخصوص شام کے وقت یا مسلسل کسی چیز کی طرف غور سے دیکھنے میں چلکنا، اور ملتئم میں اتقان البصر، اوقات فتحہ البصر چھوٹا ہو جاتا ہے یا پت و پیر کی طرف منحرف ہونے میں پانی جاتی ہے۔

علاج - اس کے علاج کا انحصار سرت اس امر پر ہے کہ یہ حالت آنکھ میں کس قدر موجود ہے اس کے علاوہ آنکھ کے عضلات کی طاقت پر بھی علاج کا انحصار ہوتا ہے۔ عضلات کی طاقت کو مشوری عدسے کے ذریعہ عید کرتے ہیں اور یہ دیکھتے ہیں کہ کس طاقت کے مشورے سے پیدا کردہ بصارت زوجی کو یہ عضلات متعادل کر کے یک نظری پیدا کر سکتے ہیں۔ اس امر کا فیصلہ کرنا بھی ضروری ہوتا ہے کہ اختلاف خطوط البصر کی حالت کیا ہے۔ کی بصارت میں پانی جاتی ہو یا نزدیک کی بصارت میں۔ نزدیک کی بصارت میں ۱۲ انچ کے فاصلہ پر ۲-۳ ڈگری تک بیرونی اختلاف خطوط البصر (Exophoria) بہت عام ہوتا ہے اور اکثر اس کی وجہ سے تکلیف ہوتی ہے۔

اس کا علاج یہ ہے کہ بعض کو ایسے مشوری شیشے لگائے جائیں جن کا قاعدہ اس خصلہ کی طرف ہوں کو آگے پہنچانا مقصود ہو بہ طاقت کا تھوڑا سا حالت کو متعادل کرنے کے لئے درکار ہو اس کو دو شیشوں میں تقسیم کر کے دونوں آنکھوں میں پہننے کے قاعدے میں بہت زیادہ رکھ دیں کہ متزاج شبہات ممکن ہو۔ فرض کیجئے کہ ۲ ڈگری کا مشورہ اس کو درست کرتا ہے اور اس کے مشورہ کا قاعدہ ادھر کی طرف رکھ کر آنکھ کے سامنے لگانے سے حالت درست ہوتی ہے تو بہتر ہے کہ اس کو دو پر تقسیم کر کے ہر آنکھ کے سامنے دو-دو ڈگری کا مشورہ لگائیں۔ مگر بائیں آنکھ کے لئے اس کا

قاعدہ اوپر کی طرف اور دائیں آنکھ کے نئے نیچے کی طرف ہو۔

اس قسم کے منشوری علاج سے نقطہ بصریت میں کمی لاحق ہوتی ہے مگر یاد رکھنا چاہیے کہ منشوری عینک ذریعہ اس قسم کی ورزشوں سے، بہرین کو اختلاف ہو۔ جب کم طاقت کا منشور ہی کافی ہو تو ایسے عدسوں کے مرکز کو اپنی جگہ سے ہٹا دینے سے بھی یہی نتائج حاصل ہو سکتے ہیں۔ اگر زیادہ طاقت کا عدسہ درکار ہو تو ممکن ہے کہ آپریشن کی نہ درت پڑے۔ ایسی صورت میں باعتبار بالمقابل عضلہ کے قطع وتر کے عمل تقدیم کو ہم ترجیح دیتے ہیں۔ ان عمل کے بہرین جزئی قطع وتر کے موافق نہیں ہیں۔

آنکھ کا خفی کھماؤ Cyclophoria (Latent Torsion) اس حالت میں آنکھ کے مقدم و موخر محور کے گرد کھماؤ کی استعداد پائی جاتی ہے یعنی دونوں آنکھوں کے عمودی محور آپس میں متوازی نہیں ہوتے۔ لیکن منشور اس حالت کو ماہرین بخوبی نہیں سمجھ سکے نزدیک کی بصریت میں کسی قدر گھماؤ طبعی طور پر بھی پایا جاتا ہے خفی کھماؤ کو ہم دہرے منشور سے معلوم کر سکتے ہیں۔ اس کے امتحان میں کسی کے بجائے ایک افقی خط استعمال کیا جاتا ہے۔ اگر گھماؤ موجود ہو تو برہند آنکھوں سے دیکھائی دینے والا خط دو شیشہ کے درمیان ہوگا۔ اور ان دو خطوط کے متوازی نہ ہوگا جو منشوری عدسہ لگائی ہوئی آنکھ سے دکھائی دیں گے۔



شکل نمبر ۱۶۶

اس تصویر میں یہ امر واضح کیا گیا ہے کہ دونوں آنکھوں کے محور ایک دوسرے کی طرف جھکے ہوتے ہیں عام طور پر اس کے متضاد حالت دیکھنے میں آتی ہے۔ مذکورہ حالت کے معلوم کرنے کے لئے ماہر میڈکس کا حواس ہی استعمال کر سکتے ہیں۔ اور ماہر موصوف کے جناحی امتحان سے بھی اس حالت کو معلوم کیا جاسکتا ہے۔

ناکافی استدقاق (Insufficiency of Convergence) یہ حالت خفی اتساع کے ساتھ متضاد ہو سکتی ہے (خفی اتساع اور خفی استدقاق) ماہر فانی گریف کا امتحان خفی اتساع اور خفی استدقاق کے معلوم کرنے کے بروستے کا نہیں لاتے یہ دونوں حالتیں بیک وقت پائی جاسکتی ہیں، مگر یہ ضروری نہیں ہے کہ اگر کسی

کسی عین میں ایک عانت موجود ہو تو دوسری بھی پانی جاسے۔

خفی استقامت بعض عانتوں میں ناکافی استقامت کے ساتھ بھی پایا جاسکتا ہے۔ ناکافی استقامت کی کمی ایک اہم امر ہے اس کی پیمائش کا طریقہ ذیل میں درج کیا جاتا ہے۔

چند متوازی خطوط کھینچے ہوئے کاغذ کو دونوں آنکھوں کے درمیان خط وسطانی پر سب سے پس پس کے بجائے کوئی روشن خط یا کوئی نقطہ خط وسطانی پر آنکھوں سے نزدیک لایا جائے، یہاں تک کہ ایک منقطع ہو جائے یا مثنی بصریت زوجی کی شکایت بیان کرے، اس امتحان کو مختلف اوقات میں دہرا کرنا چاہئے کیونکہ تندرستی اور عین کی طاقت پر اس کا بڑی حد تک انحصار ہوتا ہے کیونکہ اکثر ناکافی استقامت کی وجہ عصبی خرابی ہوا کرتی ہے، خواہ یہ خرابی عصب کے مرکز میں ہو رشتہ آتشک وغیرہ کی صورت میں، یا عام غلی حسیثیت رکھتی ہو مثلاً امتناع الرحم عصبی کمزوری، فقر الدم، جوڑا عین دہری صورت میں، اس کے علاوہ دوسرے اسباب مثلاً تصدیر حواس متبع اور بعض اوقات عضلہ مستقیمہ انسیہ کے اندر شریخی تقاضے بھی اس کا باعث ہوتے ہیں۔

علامات۔ کچھ دیر تک مسلسل پڑھنے یا سینے کے بعد مثنی آنکھ اور سر میں درد کی شکایت محسوس کرتا ہے دور سے سلامتی کے کام انجام دینے کی اور پڑھنے کی کتاب کو دور رکھ کر پڑھنے کی کوشش کرتا ہے۔ ایک آنکھ بند کر کے بعض اوقات اس کو آرام ملتا ہے۔

علاج۔ کمزور عینوں میں خواہ یہ کمزوری عصبی ہو یا جسمانی ان کی محنت عمومی کا خاص خیال رکھ جائے (دماغی و جسمانی ہر دو محنت کی طرف توجہ کی جائے) مکان سے باہر ورزش کرنا چاہئے قلبی سکون بہم پہنچایا جائے مقامی علاج کے طور پر استقامتی ورزشیں کی جائیں جس میں نظارہ مشوری (Stereoscope) استعمال کیا جائے اس کے بغیر بھی ورزش کی جاسکتی ہے، اگر انعطافی خرابی موجود ہو تو چشمے کے ذریعہ درست کی جائے، اگر تصدیر کے واسطے زیادہ سے زیادہ متعہدہ استعمال کریں، اور طول بصر کے رفع کرنے کے واسطے مناسب اور ضروری محدب عدسہ کے بجائے کسی قدر کم طاقت کا عدسہ استعمال کیا جائے۔ ان عدسوں کے استعمال سے چونکہ طاقت کو فائق متاثر ہوتی ہے اس لئے استقامت میں بلا واسطہ مدد ملتی ہے، اگر مذکورہ ورزش سے آرام نہ ہو تو مشوری چشمے استعمال کئے جائیں مگر ان کے قاعدے اندر کی طرف ہوں۔ تمام تدابیر کے کامیاب ثابت ہونے پر غلغلہ

تقسیم نہیہ کا عمل تقدیم کیا جاوے۔

مجرى عضلات کا انقباض، صرف تشنجی دوروں یا زوجی انحراف یا امتناق الرحم کی صورت میں دیکھا جاتا ہے امتناق الرحم میں منسلک محیط ہنسی کا انقباض بھی پایا جاتا ہے جس کے ساتھ حول استقامتی اور انقباض مددہ میں طاقنت توفیق کے انقباض کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔

نہایت سادہ اور مفید آلہ جس کو ہم حیلہ ساز لوگوں کی بھارت زوجی کے امتحان کے لئے استعمال کرتے ہیں اس کو ماہر ریمی Remy نے ایجاد کیا ہے۔ اس آلہ کا نام ”ماہر ریمی کا منظر زوجی“ ہے اس کے ذریعہ امتحان کرنے سے بمقابلہ نظارہ منورہی مجسمہ کے یہ فائدہ ہے کہ اس امتحان کو ہم زیادہ طبی حالت کے ماتحت انجام دیتے ہیں یہ آلہ ایک سترہ پر مشتمل ہوتا ہے جس کے اندر سے دوسری طرف کے امتحانی حروف کو ہم دیکھتے ہیں اس سترہ کے اندر سوراخوں کی تعداد اور ان کے باہمی فاصلہ کو ہم کم و بیش کر سکتے ہیں۔ سب سے آسان طریقہ



اس امتحان کا یہ ہے کہ اس کے اندر دو سوراخ نفی طور پر ہوتے ہیں جن کے اندر سے نفی قطار تین یا چار حروف کی دکھائی دیتی ہے۔ اس تصویر سے اس امتحان کا اصول واضح ہو جاتا ہے امتحانی حروف کا رڈ ٹ پر اس سترہ کے اندر سے دیکھے جاتے ہیں دائیں آنکھ کو صرف حروف

(شکل نمبر ۱۶)

صحیحہ نظر آتے ہیں اور بائیں آنکھ کو صرف حروف علت Views طبعی بھارت کی حالت میں حروف اپنی طبعی حالت میں (ک، و، ا، ل، ۱)، لیکن متع ہوں تو بھارت زوجی متقاطع کی وجہ سے (ک، ل، و، ا، ۱) ایک دوسرے سے دور چلے جاتے ہیں لہذا مرئی (ک، ل، و، ا، ۱) پر ممتا ہے۔

استدقاق کی زیادتی ان حروف کے وجودوں کو ایک دوسرے کے نزدیک لاتی ہے جس کی وجہ سے یہ (و، ک، ل، ۱) یا بہت زیادہ استدقاق کی صورت میں (و، ا، ل، ۱) پر ملے جاتے ہیں، اگر ایک آنکھ میں عمودی انحراف ہو تو ایک جوڑ حروف کا ادنیٰ اور دوسرا نیچا دکھائی دے گا۔

آنکھ کے متعلق اعمالِ جرمیہ

عملِ جرحی کے لئے مریض کو تیار کرنا۔ سی ڈس پینشن سے پہلے اپریشن کے لئے مریض کی بہت سی صفات بہترین ہونا چاہئے، اگر دانتوں، وزٹین یا ناک کے متعدد جوفوں میں سے کسی کوئی ایسا عصبی مرکز موجود ہو جس سے آنکھ کے اندر مددی کے منتقل ہونے کا حتمل ہو تو پٹ اس کو کافی علاج کریں۔

پیشاب کا کیمیائی امتحان کیا جائے یا بخونوں میں شکر کے لئے ایگر شر موجود ہو تو پینشن سے پہلے ڈی ایس کا مکمل علاج کریں جن مریضوں کا مزاج نفرتی ہو ان کو اپریشن سے چند روز قبل "سکوفین" (Cinephone) دیئے گئے اپریشن کے بعد التھاب جسم پر بی دہنی کا خطرہ نہیں رہتا۔ اگر پینشن کے بعد نزلتِ دم کا درجہ خواہ اس کا باعث ضعف و موی کی زیادتی یا اس سے قبل ایک آنکھ کا نزلتِ دم ہو ہر صورت میں بہتر ہے کہ مریض کی نفع دہنوں دی جائے اور مضر اسکے لئے سہل دوا میں استعمال کرنی چاہیں اس کے بعد پینشن کیا جائے اور اپریشن میں مریض کی وضع بالکل لیٹے ہوئے کے بجائے اوٹے سے درآدھے لیٹے ہوئے کی ہو۔ دیگرین، کیسیسم، سکیڈٹ (Calcium lactate) دن میں تین مرتبہ دیئے گئے ہی نزلتِ دم کا خطرہ رفع ہو جاتا ہے۔

ہر اپریشن سے پہلے معدہ اور تھنوں کا صفات کو دیکھنا ضروری ہے جنہیں امراض مریضوں کو اپریشن سے پہلے کوئی مسکن دوا مثلاً برومانیڈ، مرفین کی تیج کے ساتھ یا کوڈین فاسفس "پہ گرین" صفت گھٹنا، پینشن کے قبل کھل دینا چاہئے، اپریشن کے وقت مریض کی تیج کر کے سے پہلے نہ دے دی ہے کہ چند روز قبل مریض کی تیج کر کے دیجیں کہ مریض کو اس سے بے چینی، تھیں یا تھیں تو نہیں لاحق ہوتی۔

اس امر کا بخوبی غور کیا جائے کہ اپریشن سے قبل متحدہ کا بہت مقدم چھٹی طرح صاف کر دینا چاہئے تاکہ اسکے اندر ایسے جراثیم نہ رہ جائیں جو مددی پیدا کریں اس کی بہترین ترکیب یہ ہے کہ پینشن سے ایک روز قبل مریض کی ہوا کو مونڈ دیں اور پٹکوں سے بال بال کٹ دیں پھر متحدہ کو (۲۰۰۰ میں) اکی طاقت کے (سی بی محمولوں سے خوب چھی طرح دھوئیں۔ اس کے بعد اجفان پر اور آنکھ کے گرد "پکوک" سیڈ کا محمولوں خوب چھی طرح لگا کر مٹھرونی کا پید

رہنما: تم کو پڑھائی پی پڑھنا دیں، دوسرے روپیہ مجھے کو اپریشن سے پہلے ۳۰۰۰ میں اکی طاقت کے، یہ مافی مخلول سے خوب دھو میں، دھو سے میں اجھان کو پڑ کر طاقی مجھے کو خوب صاف کریں۔

سب سے بہتر یہ ہے کہ آپریشن سے چند روز قبل محکمہ کی حفاظت یا مواد لیکر ملا دیتا کریں اور گرامہ کے رنگ سے رنگ کو خور دینی موافقہ کریں۔ اگر اس سے اندر محکمہ یہ غلط فہمی ہو جو ہوں یا کرویات ذات المرید پاسے ہیں تو اس وقت تک آپریشن کو متوی نہ دیا جائے، جب تک یہ جراثیم محکمہ سے غائب نہ ہو جائیں۔

ان جو نیمہ کوٹھ سے میچہ :۔۔۔۔۔ کی بہترین ترکیب یہ ہے کہ (....) میں آیا میں) کی طاقت کے
سانہ آف مہر کی مخلوق سے ہر آدمہ گھنٹے کے بعد آنکھ کو دھوئیں۔ اگر اس سے کامیابی نہ ہو تو انی صدی کا شک
مخلوق رہنا نہ ایک مرتبہ لگائیں، بعض مہرین کا یہ طریقہ ہے کہ اپریشن سے ایک روز پہلے آنکھ پر پٹی باندھ دیتے
ہیں اور دوسرے روز کھول کر دیکھتے ہیں اگر اس میں عوار موجود ہو تو اپریشن کو ملتوی کر دیتے ہیں ورنہ اپریشن کے
لئے مریض کو تیار کر دیتے ہیں۔

یہ امر نہایت ضروری ہے جس کو ہمیشہ یاد رکھنا چاہئے کہ کیس دہمی کی مرضی خالوتوں میں کبھی پریشان نہ کریں۔ اسی صورت میں بہتر ہے کہ پہلے اس کیس کو نکال دیں اور اس کے تین ہفتہ کے بعد پریشان کریں، اگر کیس کا اخراج ممکن نہ ہو یا پُرانے التهاب کیس دہمی میں خاص طور پر غلیظ یعنی رطوبت نہ خارج ہوتی ہو تو نقاط دہمی کو کواڈرمدید سے جہنائیں، تاکہ یہ راستہ بند ہو جائے، اس کے بعد پریشان کر دیں۔

ناک کے اندر اگر خشک و مہنی الہاب موجود ہو جس سے آنکھ کے اندر انتقال مددی کا ذرہ ہو تو پریشانی ہے
پہلے اس کا بھی مناسب علاج کریں۔

عمل جراحی سے پہلے مصنوعی طور پر گریات مینا کا شکار پیدا کرنا۔

ماہرہیل (Hall) کا خیال ہے کہ اگر پریشن سے پہلے معتمد کے اندر بحکایت بلیٹا کا تھکاؤ پیدا کریں تو اسے ساتھ اجسام مندیہ کا انقباض بھی معتمد میں سرور ہوگا اور اس تجربہ پریشن کے بعد کے مدوی سے آئندہ معتمد رہیگی۔ لہذا پریشن سے دو گھنٹہ قبل ہانک کے اندر انی مدوی طاقت کا کاشک عملوں وال دیا جاتا ہے جس کی وجہ سے آئندہ کے اندر زبردست خراش پیدا ہوتی ہے اور پریشن کے وقت آئندہ بہت زیادہ سرخ اور ملہبہ جاتی ہے۔

اس کے علاوہ اس کے اندر مخفی رطوبت بھی پائی جاتی ہے اس رطوبت کو ٹھیک سسپن سے اٹھایا جائے۔
 طبعی کثرت معین کا بہت بڑا سبب اندوہ و دوریہ کی حالت میں اس کا پریش پسرہ بہت زیادہ رطوبت
 کے دفع ہونے کا انتظار نہیں کرتے کیونکہ ان کے خیال کے مطابق اس حالت میں کامیابی زیادہ نہیں ہوتی ہے۔
 بخیر سے بھی یہ ثابت ہو چکا ہے کہ اس طریقہ پر عمل سپر ہوسنے سے بہت زیادہ نفع ہوتا ہے۔
 چاہے کہ یہ نظر یہ مسلم ہے،

دافع تعفن ————— مانع تعفن ————— تدابیر تھیر

دیگر اعمال جرمیہ کے اندر آنکھ کے پریش کے لئے بھی مدین کو تیار کیا جاتا ہے اس تیاری میں مانع تعفن
 اختیار کی جائیں، اور ان کو پرہیزگارانہ وقت مکمل تھیر کا خیال رکھا جائے، مگر ہذا میں پریش کرنے وقت
 اس کے بعد اس کا پورا پورا محاذ رکھیں،

آنکھ کے اعمال جرمیہ کے سلسلہ میں ہم کو دو قسم کے اعمال جرمیہ سے واسطہ پڑے گا، ایک وہ پریش میں
 مقدمین کے اندر شکاف دینا پڑتا ہے اور دوسرے وہ جو کہ ٹھیکہ اور غشاء زیناں سے نہیں ہیں۔

سابق الذکر پریش میں تھیری تدابیر پر سختی کے ساتھ عمل کریں، مگر موزا ذکر میں صرف صفائی کے اصول کو
 مد نظر رکھئے سے دیکھا گیا ہے کہ مدوی کبھی نہیں ہوتا۔

اعمال جرمیہ کے سلسلہ میں معالج اور اوزاروں کی تیاری۔ آنکھ کے اعمال جرمیہ میں معالج کی ٹنگلیاں
 نہ ذرا درہی زخم سے لگتی ہیں، لیکن پھر بھی ہاتھوں بالخصوص ناخن اور ان سے متعلقہ تمام حصوں کو صابن و روپانی
 سے برش کے ذریعہ صاف کرنا چاہئے، اس کے بعد ہاتھوں کو مدگری کوشن (۲۰۰۰ میں ۱) سے خوب صاف کرنا چاہئے
 منہ اور ناک سے مددی کو بچانے کے لئے مہر کا زناک اور منہ کے سامنے سے سر کے اوپر سے جا کر بائندہ دینا چاہئے
 اور صاف و مہر کوٹ پینا چاہئے۔ مویا بند کے محل جرمیہ میں بعض مہر دستہ نے بھی استعمال کرتے ہیں۔

اوزار نہایت اچھی طرح مہر کر لئے جائیں، انی صدی سوڈیم کاربونیٹ کا محلول اوزاروں کے اوہالنے کے لئے
 استعمال کریں۔ اس محلول کی وجہ سے ان میں زنگ نہیں لگتا۔ اوزاروں کو ابل جانے کے بعد اس محلول سے کچل کر
 مہر مانی کے اندر ڈالیں اور نکال لیں۔ تاکہ یہ دوا ان پر سے دھل جائے۔ آنکھ کے اندر سے غریب اجسام کے

کھانے کے واسطے، نیز شیعہ الجفن کے برقی عمل کے واسطے اوزاروں کو صرف الکوحل میں ڈبو کر مٹھ کر لینا کافی ہے۔

عمل جراحی کے لئے آنکھ کی تیاری۔ ٹخہ مصر سے تعدی سے محفوظ رکھنے کے لئے آنکھ کے پردوں طرف خوب صفائی کی جائے۔ ہونٹوں، اجفان اور ان کے کناروں کو بھودوں کو مونڈنے اور پلوں کے بال کاٹنے کے بعد پہلے پانی درمابن سے، اس کے بعد سیابی محلول سے جس کی طاقت (۵۰۰ میں ۱) ہو خوب دھوئیں۔ اور پھر اجفان کو ہت میں درطبعی نکین محلول یا (۵۰۰ میں ۱) سیابی محلول سے خوب دھوئیں۔ بعدہ مٹھرتولیوں سے سرورچہ سے کو اس طرح ڈھنک دیں کہ صرف آنکھ کھلی رہے۔

طبعی نکین محلول یا سیابی محلول سے دھونے کے متعلق ہرین میں اختلاف رائے ہے، ہرین ایڈیٹ (Elliot) اور ہربرٹ (Herbert) سیابی محلول کو اختیار کرتے ہیں، ان کا طریقہ نسبتاً یہ ہے: اپریشن کرنے سے ۵ منٹ پہلے اجفان کو پلٹ کر سیابی محلول سے خوب صاف کرتے ہیں۔ اس محلول کا ظرف مریض کی میز سے ۳ فٹ اونچائی پر ہوتا ہے اور یہ محلول اسی قدر اونچائی سے آتا ہے۔ دھونے کے دوران میں اجفان کو اوپر نیچے ہٹاتے رہیں تاکہ محلول ہر جگہ اچھی طرح پہنچ جائے۔ ایک منٹ تک اسی طرح ٹھمکے کو دھوئیں اگر خاکستری مخاط نکلے تو اور دھوئیں۔ بعد ازاں آنکھ میں کوکین اور ایڈرینالین کا محلول ڈال دیں اور پھر آنکھ کو طبعی نکین محلول سے صاف کریں۔ ماہر ایڈیٹ ٹخہ کو مٹھرتولی سے بھی صاف کرتے ہیں۔ اپریشن سے قبل اتنی احتیاط برتنے کے بعد ہزار ہا مریضوں میں سے ایک کی آنکھ میں ہی مددی نہیں ہوتا۔

چونکہ ٹخہ کو اچھی طرح صاف کرنے کے بعد بھی اس کے اندر جراثیم موجود ہوتے ہیں اس لئے ظاہری طور پر ہم کہہ سکتے ہیں کہ عام طور پر تازہ زخموں میں مددی ہو جائیگا۔ مگر خوش قسمتی سے آجکل کی تدابیر کے ماتحت بہت ہی نادر اور ایسا ہوتا ہے۔ گویا کہ ان جراثیم سے کوئی خطرہ نہیں رہتا۔

عمل جراحی کے لئے مریض کی وضع اور اس مقام کی روشنی۔ آنکھ کے اعمال جراحیہ مریض کو ٹا کر انجام دئے جاتے ہیں۔ اگر نیزف الدم کا خطرہ نہ ہو تو آدھے لیٹے اور آدھے بیٹھے کی حالت میں یا بٹھا کر اپریشن کرنا بہتر ہے۔ بعض مشہور ماہرین ایسا ہی کرتے ہیں۔

تخذیر پتھری کے ساتھ سینوں اور فیماں میں اور دانت کے وقت کے بعد متعہ دیا جائے۔ اس
 کے بعد محلوں پر زہر لگایا ہو ورنہ وہ ہوس میں محلوں اور سنائے بعد میں اپنی پکوں کو کم بھوکا ہے۔ اس سے
 قریب خشک ہو جاتا ہے۔ ہذا یعنی کوہریت اور کدوہ تک کو بنا رہے۔ پریشن کے دور میں بھی یہ متعہ دیا
 جائے۔ محلوں سے وجود میں آئے انگوٹھیں خشکی پیدا ہو ورنہ اس میں بھی نہ رہے۔ فانیہ میں خشکی پیدا کر کے مل جائے۔ اس میں
 محلوں کا بلا واسطہ مضر اثر قنوی بشری نیت پر بھی ہوتا ہے۔ اس سے اس کا زیادہ سستوں پر کزن سب میں
 مہاجن مر اس میں متعدد مہ تیہ تخذیر پیدا کرنے کی ضرورت ہو ورنہ اس کے ساتھ ہماری یہ خوش جو کہ متعہ میں زیادہ
 پیتے تو بالکین محلوں کا استعمال مناسب ہے۔ متعہ میں پر اس کا بالکین اثر نہیں ہوتا۔ در قریب پر کین سے کہ تو جو تو
 اس کو ہم تو تر پیا کے سستوں کے وقت بھی تخذیر میں ڈالتے ہیں۔ اس طرح جب قنوی قریب کو ہونا یا خشک دینا ہو
 یا برب غریب اجسام کو ہونا ہو تو بھی اس کو استعمال کرتے ہیں۔ ہر گزہ موثر انداز محلوں سے کوکین محلوں سے
 تخذیر بہتر ہوتی ہے۔ کوکین کا اثر چند مرتبہ میں شروع ہو جاتا ہے۔ ورنہ اس وقت تک بہتر ہے اگر گہری سانپوں
 میں اثر نہ دیر میں ہوتا ہے۔ اس سے قطع غیبیہ کے عمل کو چھٹی مہ تیہ انگوٹھیں کوکین محلوں ڈالنے کے ہاں متعہ کے بعد کوہ
 چاہئے ہیں۔ ان کا خیال بہتر گہری سانپوں میں تخذیر پیدا کرنے کے لئے ۲ فی عددی بالکین کا استعمال بہتر ہوتا ہے
 عضلات چشم کے پریشن یا قطع غیبیہ یا عمل ثقی میں زیادہ گہری تخذیر کی ضرورت ہوتی ہے اس لئے زیر طعنه ایا ۲ فیصدی
 کا پر کین محلول استعمال کریں۔ لیکن ہر مین اس مقصد کے لئے ایک فیصدی کا کوکین محلول استعمال کرتے ہیں۔ لیکن
 اس کے استعمال سے بعض اوقات عینی علامات ظاہر ہوتی ہیں۔ ایک صورت یہ بھی ہے کہ پہلے کوکین کے درجہ تخذیر پر
 کر کے شگاف کے بعد غائر، سنجہ پر پر کین محلول ڈال دیں۔

موتیا بند کے پریشن سے قبل عضلہ و بعضہ نبض کے گرد نوکس یا پریشن کی تلیخ کر دیں۔ تا کہ بجایک زور سے
 انگوٹھ کے بند ہونے پر غلاف میں کے اندر کی شیجوں کے باہر نکل پڑنے کا خطرہ نہ رہے۔

اگر مقلہ میں کے پیچھے مجر کے اندر پر دیکس کی قطع کر دی جائے تو متعہ میں کے خانے میں عمل جراحی سے متاثر
 تخذیر پیدا ہو جاتی ہے اور اگر اسی کے ساتھ ایڈرینا میں کا محلوں بھی ملایا جائے ورنہ اس کے پریشن کر کے
 نسل اس کے استعمال سے تو تر میں بھی کم ہو جاتا ہے۔ بعد کے اندر سے عمل جراحی کرنے کی صورت میں دشوائیس دیتی

ج، عضلیہ کے زخم یا متبارقہ زخم کے مددی سے کم ہوتے ہیں۔ کیونکہ اس کی جتنی قابیلیت ہے کہ اس میں مددی مددی ٹانواں ہی ہوتا ہے۔ دافع غرض تدابیر کے اختیار کئے جانے سے قبل کے زخموں میں عضلیہ کے اندر شگات دینے سے بہتر نتائج مرتب ہوتے تھے، لہذا اس نظریہ کو موجودہ زمانے کے ساتھ کوئی خصوصیت نہیں ہے۔

شکل نمبر ۱۹



وضع کے یخ سے شگات یا تو خدا نما ہوگا یا مخفی یا کردی ہوگا۔
اس صورت میں ی ا ف شگات خط نما اور ی ب ف، ی س ف،
ی د ف شگات کردی ہیں۔ شگات کے وقت خیال رکھیں کہ زخم
زیر سے نشہ بہتہ بہتہ باہر نکالیں تاکہ خزانہ مقدم سے رطوبت مانی
کا نرنج جفت رہے نہ آہستہ آہستہ ہو بہتہ بہت، ایسا کرنے سے ان خطرات سے ہم محفوظ رہتے ہیں جو کہ رطوبت مانی کے
پیکل کل جانے کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں مثلاً عنبیہ کا باہر نکل آنا، مدسہ کا جرنی خلع، زجاجیہ کا باہر نکل آنا،
مقلعہ میں سے اندر زخم، اندم، اس کا خیال ہر سے ہوئے تو تریمین میں خاص طور پر رکھنا چاہئے۔

کسی شگات کے جوہر اور وضع کو جانچنے کے لئے صرف باہر کو دکھانی دیے ذرا سے زخم کا پانچنا کافی نہیں ہے۔
بلکہ اندر کے زخم کا خیال کر کے فیصلہ کرنا ضروری ہے، اندرونی زخم کے حجم اس کی شکل اور وضع میں بیرونی زخم سے
اختلاف پیدا ہونے کی وجہ یہ بھی ہے کہ آنکھ کے اندر مختلف شگات موربہ طور پر اس کے طبقات میں سرگزرے ہیں۔
یہ خصوصیت مشقی نشہ کے شگاتوں میں خاص طور پر دیکھی جاتی ہے۔ اگر ہم شروع میں مشقت نشتر کو عمودی طور
پر داخل کریں تو بھی خزانہ مقدم میں اس کی نوک کے پونچنے پر ہم کو اس کی وضع بدلنی پڑتی ہے تاکہ یہ خزانہ مقدم میں
طبقة عنبیہ کے متوازی ہو جائے، ورنہ غلطی سے عنبیہ کو کات کر مدسہ کے اندر نشتر کی نوک پونچ جائیگی۔ اور اس طرح
اس شگات کی اندرونی جانب ذنیہ کے مرکز سے باہر داسے شگات کی بہ نسبت نزدیک ہوتی ہے۔ سی وجہ سے اگر
باہر شگات عضلیہ کے اندر ہو تو اندر کا شگات قرنیہ کے اندر ہوگا۔ اس لئے جو شگات عمودی ہوں ان کی بھی یہی
حالت ہوتی ہے، لہذا اگر ہم چاہیں کہ طبقة عنبیہ کو خاص مقام تک کاٹ دیں تو ٹھیک اُس مقام کے اوپر قرنیہ شگات
دینا غلطی ہوگی، بہتر یہ ہوگا کہ اس مقام سے آگے کو ہٹ کر قرنیہ کے اندر شگات دیں۔ تاکہ اندر کی طرف والا شگات

۱۔ تمام پیرا ہے۔ دوسری بات اسی سلسلہ میں قبول کرنا یہ کہ اندرونی شکاف باہر کے شکاف سے کہیں زیادہ
 نہیں۔ اندرونی بند کے پریشانی میں غم سے غم سے کہیں تا اندرونی شکاف سے کہیں زیادہ کہ جس سے اندر سے
 اندر کے جھکات میں شکاف کی موہنی نیند کی وجہ سے اس کے ہونے کے لئے۔ جسے پیرا میں پیرا ہوتا ہے۔ اس کے
 باہر کی طرف منہ ہو کر رہتا ہے۔ ہم پہلے ہیوں کر چکے ہیں کہ ان کے شکافوں میں کر دی شکافوں سے بہت ہے۔
 شکافوں کے زیادہ کس رہتا ہے، مگر شکاف کے کناروں کو کھد ہونے کی موہنی یہ نمودی بات پر مبنی ہے۔
 ۲۔ ہر گریف کے چاقو کو ستموں کرنے سے شکاف نمودی ہوتا ہے۔ دوسرے چاقو ستموں کرنے سے شکافوں میں پیرا
 ہوتا ہے۔ اس کے پانچو سے شکاف دیتے پر زخم کے سب سے رہتے ہیں۔ کیونکہ زخم کے کنارے لچکدار ہونے کی
 وجہ سے اپنا جلی قسم سے بہت ہوتا ہے۔ مگر شہر کی تھکے پانچو کے وہ شکاف جو جھکات میں سے ہوتے ہیں۔
 گذشتہ ہیں ان سے اب نہیں رہتے۔ کیونکہ زخم کے دونوں سب جیب کی طے ایک دوسرے کے دہریہ ہوتے ہیں۔
 ۳۔ اور ان کا بند ہونا تو زمین پر پڑتا ہے۔ تو زمین آنکھ کے اندر سے بہت ہونے کی طرف ہر قسم پر کیے ہوتے ہیں۔
 زخم کے پچھلے لب پر بھی اتنی ہی زور ڈالتا ہے جتنا کہ سامنے دے پیرا ہی وجہ سے کہ دونوں سب ایک دوسرے کے
 سب جیبوں ہو جاتے ہیں۔ مغرب قرنیہ کے سلسلہ میں اس قسم کا سوراخ کرنا نہ مقدم کی وجہ سے۔ فی صبح میں
 اپریش کے بعد چھ بے بچوں کا ہوش مٹا دینا ممکن نہیں۔ سب سے ان کے موتیا بند کے پریشانی سے یا تنہا
 کے سلسلہ میں اگر شکاف ذرا بڑا دیا جائے تو اس کا منڈل ہونا مشکل ہوتا ہے۔ اس سے چھوٹے بچوں میں عمل جرتی ہے
 یہ جرحیہ برسر کار نہ مائیں تو بہتر ہے۔ ان کے موتیا بند کے واسطے جھکا دینا پر ایک موئی ڈاکو عدسہ کے مقدمہ نہایت
 چار ڈیا جائے۔ اس سے عدسہ کی مطلوبہ فی آہستہ آہستہ جذب ہو جاتی ہے۔ اس آہستہ کو دو تین مرتبہ ہر ستموں
 اپریش کے بعد نمودی سے کچھ کو پانے کے سے جھانک ممکن ہو جھکے سے ڈھک دینے کی کوشش کریں۔
 بچوں میں موتیا بند کی موئی کو ٹھمکے اندر سے گذار کر زخم مقدم میں داخل کریں۔ قرنیہ سے ذرا بہت کر اور پھر سکو
 صلیب میں سے گذار کر زخم مقدم کے محیطی جھکے میں داخل کریں۔ اگر صلیب کے نو زخمہ میں کسی جسم غریب کو آنکھ اندر سے
 خائے کے لئے شکاف دیں تو ٹھمکے کا ایک چوکیز کرا اس طرح بنائیں کہ اس کے ہر شکاف صلیب کے شکاف کو ذرا ہلکا
 کریں کہ اوپر سے ڈھک کر ان کے لگا دیں۔ علیٰ ہذا القیاس قرنیہ کے جزئی انفرخ کے درست کرنے میں بھی ٹھمکے کا یہ ڈھکنا

وال پر ت بنائیں جو کہ اپریشن کے بعد اس مقام پر قریہ کو ڈھک دے۔

شکاف سے باہر طبقہ عنبیہ کا کل آنا اور اس کو پھر اپنی جگہ واپس کرنا۔

اپریشن ختم کرتے وقت یہ نہایت ضروری ہے کہ عنبیہ کو اپنے طبعی مقام پر واپس کر دینا تاکہ کسی صورت میں بھی زخم کے باقیہ عنبیہ کا پھنسا رہنا مناسب نہیں ہے۔ اگر موتیا بند کے اپریشن میں قطع عنبیہ کا عمل نہ کیا جائے تو آنکھ کے اندر سے رطوبت مانی یا عدسہ کے بہنے کا نئے پر طبقہ عنبیہ بھی زخم کے اندر باہر کو نکل آتا ہے۔ اگر اس وقت قطع عنبیہ کا عمل کیا جائے تو عنبیہ والی جھٹی سے اسکو پھر زخم کے برابر سے کاٹ دیا جائے، ایسا کرنے سے عنبیہ کا وہ حصہ جو زخم میں پڑا ہے اسی جگہ رہ جاتا ہے۔ اب اگر عدسہ کے نکلنے میں کچھ زور پڑے تو عنبیہ کے اس حصہ پر جو خزانہ مقدم میں ہوتا ہے کھینچاؤ پڑتا ہے وکیل کی تصاویر ملاحظہ ہو اگر عنبیہ کو کاٹ دیا جائے تو یہ کھینچاؤ زائل ہو جاتا ہے یعنی بقیہ عنبیہ سکر کر زخم کے درمیانی حصہ سے خزانہ مقدم میں واپس چلا جاتا ہے اگر اس کے نکلنے میں عنبیہ کا عضلہ قابضہ مدد دے تو یہ اور بھی سکر جاتا ہے۔ اس میں کوئی شک نہیں کہ اس عضلہ کی امداد بہت خفیف ہوتی ہے کیونکہ کانٹنے کی وجہ سے اس کا اتصال منقطع ہو کر اس کا نکل بڑی حد تک خراب ہو چکا ہوتا ہے۔

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
|  <p>شکل ۱۴۹</p> |  <p>شکل ۱۴۰</p> |  <p>شکل ۱۴۱</p> |  <p>شکل ۱۴۲</p> |  <p>شکل ۱۴۳</p> |
| <p>عنبیہ کی طبی حالت دو گونہ ہے: ۱۔ عنبیہ کے اندر افراط ۲۔ عنبیہ کے باہر افراط۔</p> | <p>عنبیہ افراط درہ کے بعد زخم میں پھنسا گیا ہے۔ عنبیہ افراط درہ کے لئے شکاف قریہ کا۔ عنبیہ سیاحہ انبار کی صورت میں نکالی دیتا ہے۔ عضلہ قابضہ عنبیہ کے زوایا دونوں نیچے ہیں۔</p> | <p>عنبیہ ندبی ساخت میں پھنسا چکا ہے اور اس طرف عدسہ میں نوک دار ہو گیا ہے۔ عنبیہ ندبی غیمہ ندبی۔ عدسہ کی کنارہ غیمہ میں داخل ہونیکے راستے میں مائل ہے ان دونوں کے درمیان پیچھے بٹ کر عنبیہ کی موخر سطح دکھائی گئی ہے جو کہ باقی جگہ سیاہ سیاحہ ہو جاتی ہے۔</p> | <p>قطع عنبیہ کے وقت عنبیہ کی وضع چھٹی سے عنبیہ کو مدتی کن دے پھر پھر زخم زرا سے باہر نکالیں گی، باہر نکالنا ہوا عضلہ غیمہ ندبی۔ عدسہ کی کنارہ غیمہ میں داخل ہونیکے راستے میں مائل ہے ان دونوں کے درمیان پیچھے بٹ کر عنبیہ کی موخر سطح دکھائی گئی ہے جو کہ باقی جگہ سیاہ سیاحہ ہو جاتی ہے۔</p> | <p>یعنی قطع کے دونوں سرے ندبی ساخت میں آئے ہیں مگر زخم کی سطحیں دونوں طرف سے ملنا ہیں۔ ان میں پھنسا ہوا عنبیہ نہیں نکالی دیتا۔ عدسہ میں سے کھینچ جانے کی وجہ سے عنبیہ دہر شا ہو جاسکتا ہوتا ہے عضلہ قابضہ کے دونوں طرف اس کے زوایے نہیں نکالی دیتے عنبیہ کا مدتی حصہ اری طرح ایک طرف سے دوسری طرف تک پھیلا ہوا ہوتا ہے جس کے قریبی عنبیہ کی طرف سے ہوتا ہے۔</p> |

۲۔ تو زمین میں قدر زیادہ ہو سکی قدر زیادہ غلبہ سبب ہر نکلنے کی وجہ سے یہ نکلنے والا مقدار ہی ہوتی ہے۔ اور
اس کے درخیزانہ ہو فرسک دباویں بہت فرق ہو جاتا ہے۔ اسی سے زرق مہ میں آتی غلبہ کا تعلق ہے جسے تو زائد سے زائد
نہیہ کا ہوتے ہی حتمہ آکر غلبہ ہوتا ہے۔

۳۔ شکات جن زیادہ بھی حصہ میں ہوتے ہیں قدر غلبہ سبب ہر نکلنے کی وجہ سے یہ نکلنے والا مقدار ہی ہوتی ہے۔ اور
کی وجہ سے یہ نکلنے کے لئے۔ سہ زیادہ بڑھ جاتا ہے۔ اور اس مقام پر خزانہ مقدم کی گہرائی میں نسبتاً زیادہ ہو جاتی
ہے۔ اسی سے اس کے نیچے۔ بہت کی مقدار۔ یعنی زیادہ ہوتی ہے جو اس کو تسکین دیتی ہوئی ہے۔

۴۔ شرف کے حجم و شکل کے مطابق بھی اس کے نکلنے کا فطرہ کم و بیش ہوتا ہے۔ اور خزانہ کو جو خاص حد تک
ہے۔ غلبہ اس کے اندر رہ سکتا ہے۔ اور بقدر شکات کا حجم کم ہو سکی قدر غلبہ کے باہر نکلنے کا فطرہ کم ہوتا ہے۔

۵۔ فرنگوں ہو دیکھ کر قریہ میں۔ اور ان ہو جانے پر پیدا ہوتا ہے تو اس کے اندر سے غلبہ باہر کو نکلنے
اور زخم کی ہیئت زیب نہ ہو جیسا کہ شتر نہ پاؤں سے زیادہ جاتا ہے تو اس میں غلبہ نہیں چلتا۔ اور اس کے پھٹنے کا فطرہ
رہتا ہے۔ اسی کے جب قریہ قریہ میں سورن ہو سکے گا فطرہ ہو تو شتر نہ پاؤں سے شکات دینا بہتر ہوتا ہے۔ اور غلبہ
کے باہر نکلنے کا فطرہ کم ہو جائے۔

۶۔ پریش کے بعد بھی غلبہ زخم سے باہر نکل سکتا ہے۔ اور خزانہ کو اس میں سے غلبہ کے باہر نکلنے کا فطرہ کم ہوتا
پریش کے وقت معمولی طور پر ہو گا۔ اور غلبہ زخم کو۔ اور شرف کے دینے پر غلبہ کا فطرہ کم ہو گا۔ اور اس
سے غلبہ کے باہر نکلنے کا فطرہ رہتا ہے۔ یہی صورتیں اس کے ذریعہ غلبہ کو۔ اور گہرائی سے بولی خاص فی ذریعہ غلبہ کو
غلبہ کو اس کے ذریعہ اندر رہی دیا ہو گا۔ تو پھر زخم سے باہر نکل کر اس کے اندر چل سکتا ہے۔ یہی شکلوں میں غلبہ
کے باہر نکلنے کے بعد کو شکات کو الگ کر دینا ہے۔

۷۔ غلبہ کے بعد اس کا باہر کو نکلنا کس طرح رک جاتا ہے؟ کیا اس کی وجہ یہ ہے کہ غلبہ کا وہ حصہ جو
بہر نکل گیا تھا اس کو کات دیا گیا ہے؟ لیکن اگر یہی وجہ ہوتی تو غلبہ کو زخم کے اندر سے پوری طرح نکل کر باہر نہ پاتا۔ اور
غلبہ کا اس قدر کٹنا ضروری نہیں ہوتا۔ حقیقتاً اس کی وجہ یہ ہے کہ غلبہ کے کاتنے سے خزانہ مقدم و زائد ہو فرسک درمیان
براہ راست خلق تو کم ہو جاتا ہے۔ اور زائد ہو فرسک کی رطوبت بغیر کسی رکاوٹ کے خزانہ مقدم میں پہنچ جاتی ہے۔ لہذا اس کے

سے غائب ہو جائیں۔ مائے رنے کی ضرورت نہیں پڑتی۔ اسی سے ایسی مائیں میں جنبیہ کے عیض پر مملو کی مائیں اور ابھی اس مقصد کے لئے کافی ہوتا ہے۔

موتیا بند وغیرہ کے اپرٹن میں رطوبت مائیں درجہ زیادہ جیتا کر کے اندر سے مائیں مینج ہونا۔ جنبیہ مائیں باہر نکلتے اور وقت الدم کو بند کرنے کے لئے شگاف آہستہ آہستہ باہر آتے ہیں۔ موتیا بند میں موتی کے ذریعہ عدسہ کے متعدد فلٹ کو پھاڑنا۔ میں رطوبت مائی آنکھ سے باہر نکلتی ہیں۔ رطوبت رنجائیہ سے نکلتی ہو پائے سے نکلتی ہیں کہ یا تو جنبیہ میں کوئی تفرق انقباض ہو گیا ہے یا رطوبت مائی اور رطوبت رنجائیہ کے درمیانی حجاب کا تفرق انقباض رنجائیہ سے ہی سے رنجائیہ موتیا بند کے اپرٹن میں مائع ہو جاتی ہے۔

قرنیہ شگاف کے بعد رطوبت مائی سے مائی ہو سے جو عصب یہ ہے کہ آنکھ کا عذاب سبباً سکر گیا ہے اگر آنکھ دیر لگائی دھات سے ٹوٹے۔ مائیں باہر نکلتی ہیں۔ رطوبت مائی سے اس کے اندر سے رطوبت کا ایک قطرہ بھی خارج نہ ہوتا۔ ایسی صورت میں کسی ایسی شگاف دینے کی ضرورت ہوتی جو کہ اس کے زیادہ پیش ہو، تاکہ آنکھ کے اندر سے رطوبت باہر نکل سکے۔

آنکھ کے طبقات کی چمک کی وجہ سے جو انقباض پیدا ہوتا ہے اس کے علاوہ مصلیٰ عضلات کا دباؤ بھی اس میں مدد دیتا ہے۔ اور اجفان کا دباؤ بھی اعانت کرتا ہے جبکہ عدسہ اور اس کے باطن کی وجہ سے جو حجاب پیدا ہوتا ہے۔ وہ اس قدر چمک دار ہو کہ رطوبت مائی کے غائب ہونے کے بعد وہ دباؤ کی وجہ سے آگے کو بڑھ آئے۔

بوزے مریضوں میں جن کی آنکھ کے طبقات نسبتاً زیادہ سخت ہوتے ہیں۔ اور جن کی آنکھیں مجھ کے اندر چھنی ہوئی ہوتی ہیں اور اسی وجہ سے اجفان و عضلات کا ثیران پر کم پڑتا ہے ان کے قرنیہ میں جب شگاف دیتے ہیں تو ہوا کے دباؤ کی وجہ سے قرنیہ پیچھے کو چلا جاتا ہے۔ ان کے قرنیہ کا پتلا ہونا اور آپریشن میں کوکین کو استعمال کرنا رتیں سے توڑ مین کم ہو جاتا ہے اس حالت کے لئے اور بھی مین ثابت ہوتا ہے۔ زمانہ سالت میں ان آپریشنوں میں قرنیہ کا پیچھے چلا جانا بڑا سمجھا جاتا تھا مگر کچھ ہم کو معلوم ہے کہ اس طرح قرنیہ کے پیچھے چلے جانے سے اندامال پر کوئی برا اثر نہیں پڑتا کیونکہ جیسے ہی خزانہ مقدم بھر جاتا ہے یہ حالت جاتی رہتی ہے اور خزانہ مقدم آپریشن کے بعد چند منٹ میں بھر جاتا کرتا ہے۔ اگر خزانہ مقدم کے پرنہ ہونے کا خیال ہو تو گرم طبی ٹکیوں سے یا خزانہ مقدم میں ڈالیں یہ حالت دور ہو جاتی ہے۔

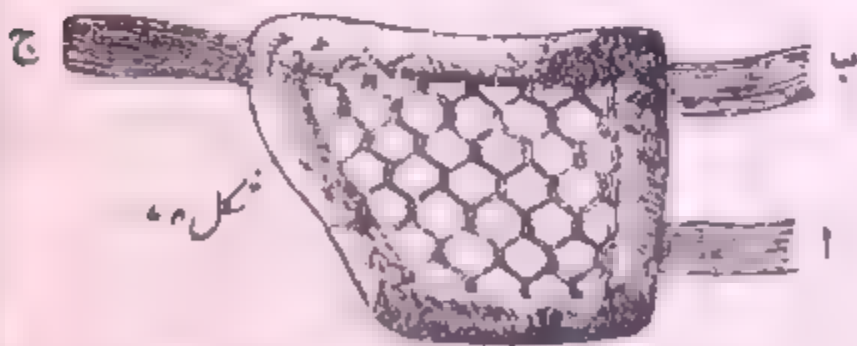
[illegible]

میں یہ جواب سنانے کو بہت کرمیں اسکا جواب لیا آنکھ میں پاشی کیا جس کے جسم میں مہرین کتاب عینہ دیکھ جانی موجود ہو تو

نزف بہ بہت زیادہ ہوتا ہے۔ چونکہ وہ جوں سے ٹکیٹ وہ ہوتا ہے، بہت دیر میں یہ مذہب ہوتا ہے۔ اس کے لیے صفائی سافیت میں بھی تبدیلی ہکتا ہے۔ دیر یہ دیر مدق کو بند کرنے کا باعث بن سکتا ہے اس غنی دہاد سے پچنے کے لیے پڑیشن کے بعد دہادنی پی باندھ دینا چاہئے۔

کے ہوسے عروق سے جو نزف اندم ہوتا ہے سکڑا ٹکڑے کے اندر دنی خود بخود ہوسے واسے نزف ان صحت مختلطہ کرنا چاہئے تو خاندان کے اندر یکایک تو ترین کے کم ہو جانے کی وجہ سے ہوتا ہے جس کا باعث رطوبت مانی کا فروغ اور عدسہ کا باہر نکلنا ہے۔ اسی وجہ سے طریق نشی و شبکی کے اندر خون زیادہ بھرتا ہے اور میاں کے عروق پھٹ جاتے ہیں۔ اس قسم کے نزف اندم کا امکان تو ترین کی برہمی ہونی حالت میں زیادہ ہوتا ہے۔ کیونکہ یہی حالتوں میں عروق کی دیواریں و تغیرات میں مبتلا ہوتی ہیں۔ زرق المار کے اندر قلع غلبہ کے عمل سے خفیف نزف اندم ضرور ہوتا ہے۔ اور شاذ ذل در حالتوں میں عروق سے اس قدر بھی خون بہتا ہے کہ زہ جیہ کے اندر یا شیمیہ کے پٹے پہنچ جاتا ہے جس کی وجہ سے شیمیہ صلبیہ سے ہٹ جاتا ہے بعض اوقات یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ یہ نزف اندم اس قدر شدید ہوتا ہے کہ یہ خون سب حالتوں کو تحلیل کر زخم کے اندر سے باہر نکال دیتا ہے اور اس کے بعد خون بھی زخم سے باہر نکلنا شروع ہو جاتا ہے، ظاہر ہے کہ یہی آنکھ خراب ہو جاتی ہے۔

پٹی باندھنا۔ (Dressing) اپریشن کے بعد شہر پی باندھنا چاہئے، اس کے واسطے ذیل کا طریقہ اختیار کرنا اپریشن کے بعد اجھان کو پٹی سے پچنے سے روکنے کے لیے مطروہ نہیں بھان نیز اس کے کن رول پر لگائیں یا اس کے



بجائے مطروہ بک مرتبہ استعمال کریں۔

اس کے بعد آنکھ کو بند کر کے اوپر سے

مطروہ لڑکیں اور مطروہ دنی کی ایک

گدی کو زنگ بلاستہ سے اپنی بگہ پر دم

کر دیں در اوپر سے پٹی باندھ دیں۔

ہو تیا بند کے اپریشن میں بانی دار خاص قسم

کی پٹی لگائیں تاکہ سوسنے کی حالت میں

مریض اپنی آنکھوں کو آنکھ کے اندر نہ چھو سکے۔

بیمیں تھکتے سورت دار پٹی اس کے کار سے چاروں طرف دنی اور

کڑے سے سوسنے کو دینے گئے ہیں اور باندھتے ہوئے ان کے پیچے اور شہری

ہا کو بھی طرف سے سوسنے ہرے دیں صرف عامیٹہ اور سبک اس میں سے کچھ

دیوں طرف دینے کے سورتاج سے کاکڑیں ہیں، دہاد باندھنا ہے۔

۱۔ ”سٹین“ اس مقصد کے لئے، سینٹر کا پڑا ستون رکھتے ہیں۔ یہ بڑا ڈیرہ ایک ہوتا ہے جس کے اندر ہونے
 جوتے ہیں اسکو آنکھ کی پٹی کے اوپر نیک پلاسٹک کے ذریعہ
 چھکادیا جاتا ہے۔



آنکھوں سے دیکھنا بند کرنا

بعض سرجن پریشن کے بعد کوئی پی نہیں لگاتے
 ان کا خیال ہے کہ اپنی آنکھ کی حرکات کو بند نہیں کر سکتی۔
 اور اس کی وجہ سے آنکھ کے اندر مواد جمع ہو سکتا ہے۔ نیز
 متحہ کے اندر اس کی وجہ سے جراثیم کی فزائش ہو سکتی ہے

اگر تھم میں متاب کے سے استعداد ہو تو اس میں کوئی شک نہیں کہ پٹی کے باندھنے سے عود بہت زیادہ جمع ہو جاتا ہے
 اور ایسی صورت میں پٹی کو کھولا کر آنکھ کو کئی کئی بار دھونا پڑتا ہے، دھوئے اس کے بعد پرو۔ گوں، رقی، دھو لگی ڈھانڈا بہت
 تجربہ سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ آنکھ کو کھل چھوڑ دینے سے بھی زیادہ ہونا ہے جو کہ پٹی کے باندھنے سے یکنواست
 باوجود قابل سے قابل بہرین بھی ہی رسے رکھتے ہیں کہ موتی بند در قطع عینہ سے پریشن کے بعد پٹی باندھنا ضروری ہے اور
 آنکھ کے عضلات کو چھوٹا کر کے پریشن کے بعد بھی، برین آنکھ پر کئی روز تک پٹی باندھتے ہیں۔ اس حالت میں معالجین کا خیال
 ہے کہ پٹی آنکھ کو مدد سے بچانے کے خیال سے نہیں باندھی جاتی بلکہ آنکھ کو دیکھنے سے روکنا مقصود ہوتا ہے۔ تاکہ آنکھوں
 پر کمپن کا اثر نہ پڑے۔ اسی غرض سے دونوں آنکھوں پر پٹی باندھی جاتی ہے۔ کیونکہ ایک آنکھ کے کھلنے سے دوسری
 آنکھ کی بھی حرکات جاری رہتی ہیں۔

”تک“ پریشن کے بعد اگر ہم پٹی نہ بھی باندھیں تو یعنی یہ ضروری ہے۔ ”تکھوں کی حفاظت سے سے رائے کوئی جواب
 ضرور لگا دیں۔

پریشن کے بعد جب ہم عضل اوتا۔ پر عمل کریں تو ”تکھوں کو کھلا رکھنا چاہئے کیونکہ اس صورت میں ہماری خواہش یہ ہوتی
 ہے کہ نئے حالات میں آنکھ کی حرکات جاری رہیں۔ تاکہ بصارت عین صحیح قائم ہو سکے۔ اور ”تکھوں کے نسبتی مبعی مقدمہ نہ
 متعین ہو جائیں۔ ان آنکھوں میں چونکہ مدد کا ڈر نہیں ہوتا اور پہلے چند گھنٹوں کے بعد جب باہر کا زخم معصل مدوی کی بیضیں
 سے ڈھک جاتا ہے تو مدد کا خطرہ بالکل جاتا رہتا ہے۔ ایسی صورت میں پٹی صرف پریشن کے ذراستقا کی جائے

میں کے بعد دوں آنکھوں کو کھول دیا جائے اور مریض سے دور کی اشیا کی طرف دیکھنے کی، کید کی جائے۔

دش، بہترین پابستے ہیں کہ مریض کے ہر گھنٹہ کے بعد آنکھ کو کھول کر زخم کا معائنہ کریں تاکہ وہ مریض سے تشفی نہیں لے سکیں کہ نہیں جھنجھوڑا ہر نہیں کھل جھلک کر زخم کے لئے پریش میں بھی یہ دیکھنے کی ضرورت ہوتی ہے کہ آیا زخم میں کسی قسم کی آلودگی ہے یا نہیں۔ اگر زخم کی حالت درست ہو تو پھر ہر گھنٹہ تک اس کے بعد پٹی کو لگا رہنے دیتے ہیں۔ مریض، مریض اس کے بعد پٹی ہر روز آنکھ کو دیکھنا چاہتے ہیں۔ اگر کافی احتیاط کا محاذ رکھا جائے تو اس میں کوئی حرج نہیں ہے۔

اپریشن کے بعد کا علاج پریش کے بعد ہم کو پنی پوری توجہ اس طرف مبذول کرنا چاہئے کہ زخم اچھی طرح بند ہو کر مندمل ہو جائے۔ اندھاں زخم میں جو امور پیش ہوں ان کا ازالہ کرتے رہیں۔ اسی لئے اپریشن کے بعد پٹی باندھ دیتے ہیں تاکہ زخم کی حرکات بند ہو جائیں۔ ہر ٹرسٹ، پریش کے بعد دوسری آنکھ کو بھی دو تین روز کے سے بند کر دیا جائے مریض کو تائیڈ کر دیں کہ کسی قسم کا جسمانی زور نہ لگائے۔ کیونکہ اسکی وجہ سے وہ تین روز باندھا ہے جس کی وجہ سے تازہ مندمل شدہ زخم پھر کھل سکتے ہیں۔ اسی لئے مریض کو بند اور قطع غصیہ کے اپریشن کے بعد مریض کو دو روز تک بستر پر چٹ ٹاویا چاہئے۔ دو روز کے بعد مریض آرام کرسی پر لیٹ سکتا ہے۔ پہلے چند روز نرم غذا دیں تاکہ مریض کو چبانانہ پڑے شراب پیئے واسے بوڑھے لوگوں میں عام طور پر ہڈیاں اور نیم بیوشی کی حالت طاری ہوتی ہے۔ بالخصوص اس وقت جبکہ ان کی دونوں آنکھیں بند ہوں۔ اگر یہ کیفیت طاری ہو تو تندرست آنکھ کو فوراً کھول دینا چاہئے کبھی ایسا ہی ہوتا ہے کہ بستر پر سے مریض کے علاوہ ہو جائے اسے یہ ہڈیاں رفع ہو جاتا ہے۔ اور مریض کو اس کے مکان بھیجدینے سے بھی جانا رہتا ہے۔ شراب پیتے والوں کی شراب اپریشن کے بعد ہرگز نہ بند کی جائے۔ ایڈروپس روک دیں، ہائیوسین ۱/۲ ملی گرام یا کمزور ہائیڈرمیت، اگرین کی خوراک میں دو مرتبہ دیں۔ کوٹوائین فاسفاس ۱/۲ گرین دیں۔

دوڑنے مریض جن کو عام کمزوری اور ضعف لاحق ہو اگر اپریشن کے بعد چند روز تک چپٹ لیٹے رہیں تو تشفی انتہاں دہی ان کے پھیپھڑوں میں پیدا ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے موت وارد ہو سکتی ہے۔ لہذا ایسے مریضوں کو جلد اٹھنے کی اجازت دیدینا چاہئے اگر ضرورت محسوس ہو تو اپریشن کے بعد ہی ایسا کیا جائے۔

بعض ایسے حوادث بھی پیش آتے ہیں جن کی وجہ سے اندھاں میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے، چونکہ ان حوادث کا

بموجب سے طعنے نہیں ہوتا اس لئے بہت سبب کہ ایک ساتھ دونوں ٹانگوں کا پریشانی نہ ہو۔ صرف ایک ٹانگہ پریشانی نہ ہو۔
بہر حال مائل کر سکتے ہیں اور دوسری ٹانگہ کے جوڑے کے سے ٹوہ ہو جاتا ہے۔

زخموں کا طبعی اندمال۔ اگر سبب نہ ہو، فقیر کی ہاں تو ختم ہوا۔ سبب نہیں ہے قید پر ہوتا ہے۔

پریشانی کے بعد زخم کے دونوں لبوں ایک دوسرے سے مل جاتے ہیں۔ ورنہ مقدمہ زخم زخم ہو جاتا ہے۔
مگر بعض وقت زخم کے لبوں کا آپس میں جڑنا تاخیر ہوتا ہے۔ مقدمہ زخم زخم ہوتا ہے۔ مانی کے دباؤ کو بد وقت میں ہوتا ہے۔
اس لئے پہلے روزیہ زخم ایک یا دو تہہ کھل کر اس کے بعد پلتا اندر سے باہر نکلتا ہے، تھوڑے وقت کے بعد پلتا اور پھر۔
زخم کے لب بند ہو جاتے ہیں۔ گویا کہ ایسی صورت میں زخم ہوا، مستحق تہہ پر جاتا ہے۔ اور دونوں لبوں کے درمیان
یسی ندی ساخت کی ایک تہہ بنتی ہے۔ اگر یہ شکاف تہہ میں ہوتا ہے، کسری کبیر ہمیشہ نظر آتی ہے، اور یہ تہہ کے سفیدی
مائل ہوسکتی ہے اس کے زخم کی سفیدی ندی ساخت ہاں نظر میں آتی ہے۔ سفیدی ندی ساخت مضبوط ہونے میں کوئی وقت
یعنی بہت۔ جب تک یہ مقدمہ سخت نہ ہو جائے کہ آٹھ کے بعد زخم زخم و عدمات سے محفوظ ہو سو وقت تک مدد دینی
درخش مذکورہ جاسے۔ ورنہ آٹھ کی کسی قسم کا وہ دہرا دیا جائے

غیر طبعی اندمال۔ وہ بے قیود اندمال۔ زخم کے جڑنے میں دیر لگے۔ معمولاً ایسا ہوتا ہے کہ زخم کے اندل
ہونے کے بعد بیرونی ضرب مثلاً آٹھ پر دباؤ، سنے، کھانسنے، چھینک تے، یا ایک سوٹے ہونے، نقابن پیدا ہونے
سے بھی زخم کھل جاتا ہے۔ اس طرح زخم کے پھٹ جانے سے فزائہ مقدمہ میں زخم ادم ہوتا ہے، مگر ہے کہ جنبہ بھی زخم
کے اندر آجائے، اور وہاں پر پھنس جائے یا التهاب جنبیہ و جسمہ بدنی شروع ہو جائے۔

زخم کا اندمال اسوجہ سے بھی دیر میں ہوتا ہے کہ اس کے دونوں لب ایک دوسرے سے جدا اسطرح جکے ہوتے ہیں
ہوتے۔ جگہ تازہ یعنی ندی ساخت دونوں کے درمیان موجود ہوتی ہے۔ حالت بخسوس سو وقت پیدا ہوتی ہے جبکہ زخم کے لبوں
کے درمیان جنبیہ آکر پھنس جاتا ہے یا عداوت مدی یا عتدہ اس کی جگہ سے بنتا ہے۔

توزمین کی زیادتی کی وجہ سے بھی زخم کے دونوں لب ٹکے رہتے ہیں۔ ورنہ کے درمیان ندی ساخت
ہے ان عادات میں یہ ندی ساخت مضبوط نہیں بنتی جگہ بوقت اس کا کچھ حصہ بہرہ کھاتا ہے جس میں کور حورہ
مانی رستی رہتی ہے اور عتدہ کے نیچے پونچکر تیج پیدا کرتی ہے۔

۲۔ بے عی نقی ساخت مضبوط نہ ہو تو باہر کی طرف کو پھول جاتی ہے جس کی وجہ سے اس کے جوار میں قریہ کے اندر بہت قاعدگی پیدا ہو جاتی ہے یعنی اپریش کی وجہ سے سدا بہہ بہت زیادہ پیدا ہوتا ہے۔ اور بنیانی یا متبار پینے کے خراب ہو جاتی ہے۔ اس کے بعد نفعات کی وجہ سے التھاب یا تو تر میں پیدا ہو سکتا ہے۔

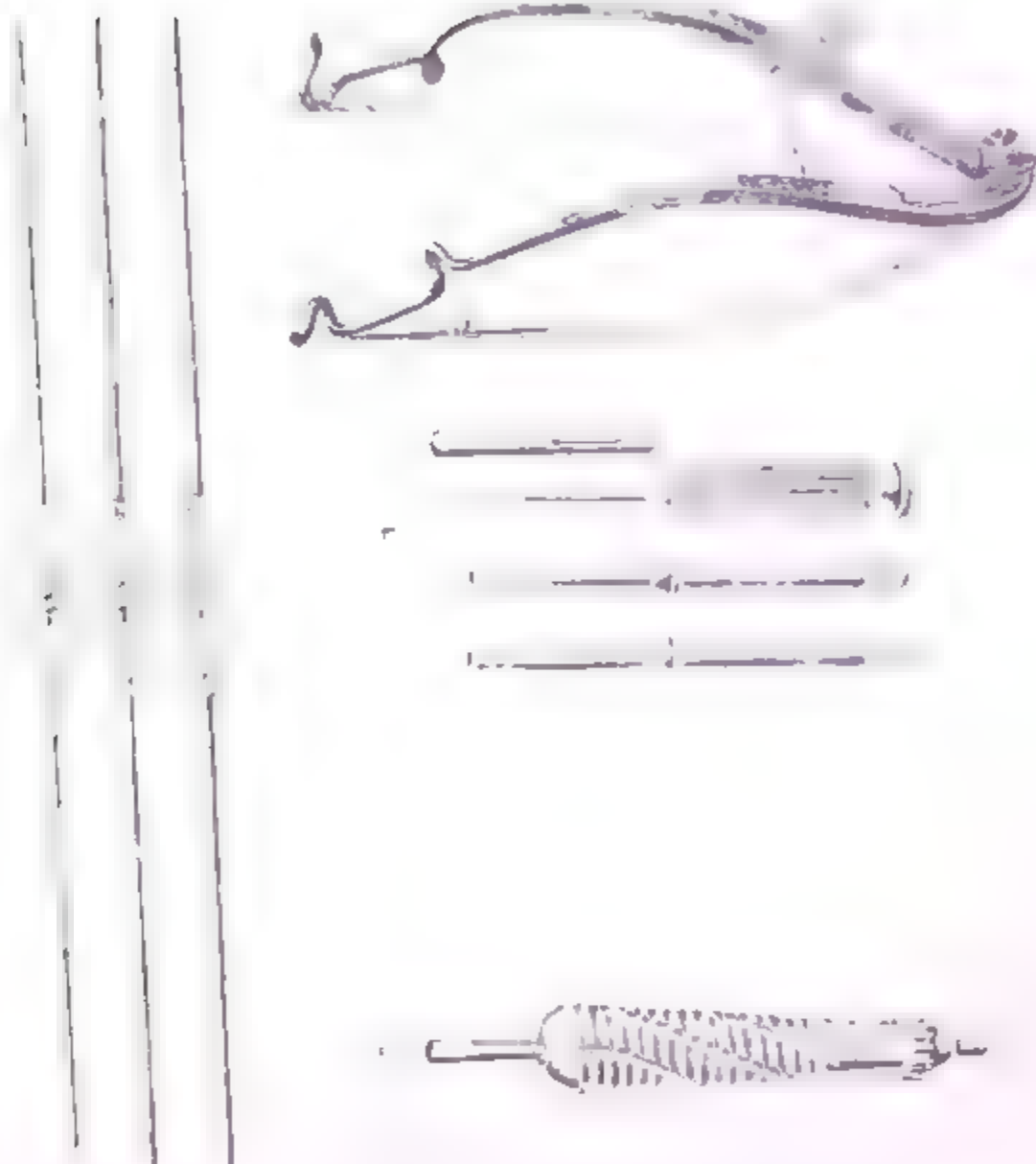
۳۔ زخم کے بالکل بند ہونے یا ٹافوی عود پر اس کے پھٹنے کی وجہ سے رطوبت مانی کا اخراج ہوتا ہے اور اس کے ساتھ بھی شیمیہ کے اٹھ جاسے سے خزانہ مقدم عرصہ تک غائب رہتا ہے۔

۴۔ زخم کے اندر معدنی مدوی کی شمولیت۔ زخم کے اندر تھیب۔ اپریش کے ایک یا دور ذرے کے بعد شروع ہوتا ہے کبھی اس سے پینے بھی دیکھا گیا ہے۔ اگر جراشیم زخم کے اندر پہنچ گئے ہوں تو استہابی زخم کے ہوں میں زردی، مل تشاح موجود ہوتا ہے۔ اور اگر جراشیم اس سے بھی زیادہ اندر پہنچ گئے ہوں تو خزانہ مقدم میں قحی ار تشاح پیدا ہو جاتا ہے۔ رجاہیہ کے اندر بھی جی حالت پیدا ہو سکتی ہے۔ یہ کلیہ قاعدہ ہے کہ اس حالت میں آنکھ نفع ہو جاتی ہے۔ اور قریہ میں نکر ذری نالت لائق ہو کر وہ الگ ہو جاتا ہے یا شدید کون التھاب جسم ہدنی یعنی لائق ہوتا ہے۔ التھاب کل عین بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ بالآخر آنکھ غصہ ہو جاتی ہے۔ اور سکر جاتی ہے اگر مدوی خفیف ہو تو زخم کے ہوں کو کواۃ مدیدیہ کواۃ کربئی سے جلا دینے کے بعد بعض اوقات آنکھ درست ہو جاتی ہے۔

۵۔ زخم کو کاربولک ایسڈ سے جانے سے بھی قاعدہ ہوتا ہے۔ اگر اس صورت میں متعدد بار آنکھ میں (خزانہ مقدم) کے اندر سوراخ کر دیا جائے اور اس کے بعد فارملین کا محلول یا کوئی اور دافع عفونت محلول خزانہ مقدم میں ڈال جائے تو اس سے بھی فائدہ ہوتا ہے۔ زیر جلد ویکسینی ٹیجیات باغشوس خناق و بانی کی فصل مند سین کی تیج سے سناؤہ پورنچا ہے۔

تیج موتیا بند کے اپریش کے بعد ہوتا ہے۔ زمانہ سابق میں اس تیج کی وجہ سے بہت لوگ اندھے ہو جاتے تھے اس کو روکنے کی بہترین ترکیب یہ ہے کہ نظیر کے اصول کی تحت پابندی کی جائے۔

طریق ہدنی و شیمی کا غیر قحی التھاب۔ التھاب عینیہ، التھاب عینیہ جسم ہدنی، آنکھ کے اندر سگاف ٹینے والے اپریش کے بعد پیدا ہوتا ہے۔ عام طور پر التھاب عینیہ خفیف ہوتا ہے جس سے سوراخ چند موخراتصاقت کے اور کوئی تخفیف نہیں پیدا ہوتی۔ مگر شدید التھاب کی صورت میں حدتہ میں بالکل بند ہو جاتا ہے جس کی وجہ سے یا تو



۱. محتاج العود (ماهر فلانک کا) •
۲. فلانک دسوی فوانج ڈولے کو طالی •
۳. ماهر مدنی ستموں • فلانک دسوی • دس ماهر میں ماهر • کو
- مواهر بدائے والے الے ایک دس ماهر میں لکانو دتھانے کئے ہیں •
۴. ماهر الیوت کا الے قشقی •

دوسری مرتبہ اپریشن کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ اندام چونکہ باقی ہوتا ہے اس لیے وہ کون سا عضو نہیں رہتا۔
 یہ ضروری نہیں کہ باقی ہوتا ہے اور اس صورت میں دوسری شکل میں نہ کہ انتہا ہونا چاہیے۔

معمولی اور خفیف تعدی سے انتہا ہونی غایت اور باقی ہونا بہت، اس سے بعد وہ انتہا ہوتی رہتی ہے۔
 ہوتا ہے اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ تلبیہ کو چکر کر کے خفیف سے یہ تعدی ہوتا ہے جو انتہا ہوتی رہتی ہے اس لیے غایت
 اتنی زیادہ ہی خفیف پیدا ہوتی ہے۔

تلبیہ انتہا ہوتی ہے۔ یہ ذہن انتہا میں نہ ہوتی ہے۔ اس سے پیدا ہوجاتی ہے جیسا
 کہ ان تلبیوں پر اپریشن کرنے سے ہوا کرتا ہے جن کے اندر پہلے کسی وقت میں انتہا تلبیہ جسم بدنی ہو چکا ہو۔
 قرنیہ کے اندر لکیر دار سحابی کیفیت۔ گوکہ انتہا ہوتی ہے۔ یہ انتہا تلبیہ کا وہ حصہ ہے جس سے اس کے
 اندر کثرت کسری لکیریں نکلتی رہتی ہیں جو کہ چھوٹی اور بڑی ہوتی ہیں اور مختلف حالت میں ہوتی ہوتی خرابی
 ہیں بعض اوقات قرنیہ کے اندر متوازی لکیریں ہی نظر آتی ہیں، بعض اوقات انتہا تلبیہ کا وہ حصہ ہے جس سے اس کے
 اندر یہ لکیریں سفیدی سے گزرتی ہیں قرنیہ کے مرکز کی طرف باقی ہوتی نظر آتی ہیں۔

عموماً یہ لکیریں قرنیہ کے چنٹ دار ہونے کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں۔ اور قرنیہ میں شگاف کے بعد پیدا ہوا کرتی ہیں
 موتی بند کے اپریشن کے بعد۔ گھٹا کے بعد خاص طور پر یہ لکیریں پیدا ہوتی ہیں جو کہ شگاف کے وقت سے شروع ہو کر قرنیہ کے
 دوسرے کنارے تک پہنچ سکتی ہیں۔ یہ لکیریں ان حالتوں میں زیادہ نمایاں ہوتی ہیں جن میں کہ عدسہ زیادہ شکل سے نکلنا
 ہے، یا جن میں شگاف کے لب کسی قدر مضروب ہو جاتے ہیں، مگر یہ پہلے روز کے اندر غائب ہوجاتی ہیں۔ اگر بہت
 زیادہ نمایاں ہوں تو ان کے غائب ہونے میں چند ہفتے لگتے ہیں۔

اس سحابی حالت سے کوئی محوش اثر نہیں پیدا ہوتا، اور اس کی وجہ سے زخم کے زوال میں کوئی خرابی باقی
 ہوتی ہے یعنی اس مقام پر کسی قسم کا انتہا نہیں ہوتا۔ شریک حیات سے بہت کم معلوم ہو چکا ہے کہ ان حالات پر چھوٹی
 ارتشاح بالکل نہیں پایا جاتا، مگر یہ ان کے اغاوی عروق چل جاتے ہیں۔ گویا کہ یہ لکیریں ان ہی عروق کے پھیلنے کی
 حالت میں ان عروق کے اندر بطوریت موجود ہوتی ہے، غرض کہ وہ کسی کے اندر پہنچ پیدا ہونے سے بھی یہ پیدا
 ہوجاتی ہیں۔

قرنیہ کے کنارے پر شگاف کی وجہ سے ایک طرف اس کا تھکڑا ہوا جاتا ہے اور دوسری طرف دیباہی قائم رہتا ہے گویا کہ یہ حالت قرنیہ کی موخر سطح پر پیدا ہوتی ہے۔

اجفان کے اعمال بحریہ

اپریشن کے وقت اجفان کو قائم کرنا۔ (Fixation of lids) اجفان کے بیشتر اعمال

جرمیہ میں اجفان اور غفلہ میں کے درمیان میں کسی ایسی چیز کا رکھنا ضروری ہوتا ہے جس پر جرجین کو چاٹنے سے کاٹ سکیں، اس کے واسطے آجکل ہڈی یا کسی اور شے کا بنا ہوا ایک چوڑا پتھر رکھتے ہیں، اس کو غفلہ میں اور جرجین کے درمیان رکھ دیتے ہیں۔ اس کے علاوہ دھات کا بنا ہوا جرجین کو پکڑنے والا ایک آلہ بھی استعمال کرتے ہیں جس کے ایک طرف دھات کی پلیٹ ہوتی ہے اور دوسری طرف اسی پلیٹ کے ساتھ ہوا دھات کا حلقہ ہوتا ہے جرجین کے نیچے اس پلیٹ کو رکھ دیتے ہیں۔ جرجین کے اوپر یہ حلقہ آجاتا ہے اب اسی حالت میں ایک پیچ کے ذریعہ جو اسی آلہ میں لگا ہوتا ہے اس کو اپنی جگہ پر مضبوط طریقہ پر کسٹیتے ہیں جس کی وجہ سے اس حلقہ اور پلیٹ کے درمیان جرجین جکڑی رہتی ہے اس آلہ کو پیچ کے ذریعہ کسی سے ایک اور فائدہ یہ بھی ہوتا ہے کہ اپریشن کے دوران میں جرجین سے نزف الدم میں رکاوٹ ہوتی ہے۔

جرجین کو دو پرتوں میں تقسیم کرنا۔ (Splitting the lids) بعض وقت اپریشن میں جرجین

کو دو پرتوں میں تقسیم کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ سامنے کے پرت میں جلد اور مرگان کے بال ہوتے ہیں، اور پچھلے پرت میں غفروت جرجینی اور محتہ پہلے جرجین کے نیچے ہڈی کا پتھر رکھ کر اس کو قائم کر دیتے ہیں یا انگوٹھے اور انگلی کے درمیان پکڑے رہتے ہیں۔ ایسی صورت میں بھی دباؤ کی وجہ سے نزف الدم نہیں ہوتا۔ اس کے بعد ایک چاقو یا مثلث نشتر کو جرجین کے کنارے پر غفلہ و مائی بومین اور بالوں کے درمیان پائی جاسنے والی فاکسٹری لکیر کے مقام پر داخل کرتے ہیں یعنی جرجینی کنارے کے پیچ میں شگاف دیا جاتا ہے۔ بہتر ہے کہ ایک ہی مرتبہ شگاف کو پورا کر دیئے کے بجائے بار بار نشتر کو اندر داخل کر کے شگاف کو پورا کیا جائے، اس شگاف کو ختم کرنے کے بعد عضلہ محیط جرجینی اور غفروت



دیرین قلماء دسعی کو شکاف دے کر کھولنا



شعورۃ العین کے شکاف دیلے کا طریقہ

کے درمیان کی نیچ میں ہونے پر شکاف دینا آسان ہوتا ہے۔ کیونکہ یہ ساخت نرم ہوتی ہے۔

جفن کے اندر سے کسی بڑھی ہوئی ساخت کا نکالنا

(Operation for lid tumor)

شعبۃ جفن - جفن کے اندر پائین دونوں کی نیچ کے چند انٹ سے جفن کو پیس میں دھک دیا جائے تو اس سے اندر سے اس شعبہ کے اندر میں شکاف دیں، ایسا کرنے سے اس کے اندر کا نیچا شعبہ نکل جائیگا۔ اب گریپس والہ چھوڑ کر اس کے اندر ڈال کر پورے طرف سے اس کی ساخت کو کھینچ کر نکالیں۔ اس عمل کے بعد بھی یہ چار پوری طرح قاب نہیں ہوتا۔ یہ خیال رہے کہ ان اجزاء کو گر پوری طرح کھینچ کر نہ نکال دیا جائے تو دوبارہ دقتی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ اگر اس کے عودت کو پوری طرح کھینچ کر نکال دیں تو اس کی غد میں دقتی طور پر خون اور مال دھوی جائے گا، مگر چند روز کے اندر یہ جذب ہو جاتا ہے۔ اپریشن کے بعد پی ڈیج دیں، دوسرے روز پانی کیوں دی جائے

بعض ماہرین اس کی عقلی کو بالکل نکال دیتے ہیں۔ جفن کو اس اپریشن کرنے کے بجائے اگر کسی مسلولہ یا بھت (Clamp) کے اندر اسکو کچر کر اپریشن کیا جائے تو زیادہ بہتر ہے۔

اس عقلی کو نکالنے کے بعد باقی جفن میں بہتر ہے کہ بعد میں شکاف دیں اور پھر سبکو غروف جفن میں سے نکال دیں۔ اس طرح غروف جفن اور عظمہ میں ایک سوراخ ہو جائے۔ شعبہ شعبہ جفن یا مخصوص زیرین جفن کو شعبہ غروف جفن سے ایک شکاف دیکر غریفٹ پر پکا لایا جاسکتا ہے اس کی پوری نیچ کنی کی اس دقت ضرورت ہوتی ہے جبکہ یہ بہت بڑا ہو۔

جفن سلعات کا نکالنا۔ (Removal of lid tumor) عودتی سلعات کو برقی رد

سے جلا کر بہتر ہوتا ہے۔ کھربانی مسلس رد کے وقت قطب کو رد جو کہ وسعات کا ایک پتر ہوتا ہے، گھسی پریکیں اور غنی قطب کو آج ایک سوئی دوسرے تار کے آگے مناسب تدابیر کے ساتھ ٹھٹھ ہوتی ہے، اس کے اندر داخل کر کے ملی کی رد کو آزاد کریں۔ سوئی کے ساتھ باہر کو جھیلے اٹھنے شروع ہو جائیں گے، اس وقت رد کو بند کر کے سوئی کو نکالیں اور اسی طرح دوسرے مقام پر سوئی کو داخل کر کے بھی کی رد کو پھرازا کریں، علیٰ ہذا تیس پورے سلح کے اندر یہ عمل تمام دیں۔

کھربانی رد کی وجہ سے نیچوں کے خراب ہونے اور اسی عمل کی وجہ سے نیچ کی پیدائش کی بنا پر عروق کے

زور دینا چاہیے۔ جس کی وجہ سے عروق مسدود ہو جاتے ہیں۔ اس عمل کو کئی مرتبہ انجام دینے سے پورا سلسلہ بالکل برباد ہو کر ملک ہو جاتا ہے۔ اس کے علاوہ ساعات کو برقی عمومی اصول کے ماتحت نکال بھی دیتے ہیں۔ مگر اس میں جہاں تک ممکن ہو حد کی پوری رخصت کو نکال دیں۔ درہنہ بھی احتیاط رکھیں کہ اگر کسی کو نا مقصود ہو تو اس میں ٹنگاٹ نہ دیں، بلکہ پوری گیس کو نکال دیں حتیٰ اگر کٹ غشی کنہ سے کو نہ کاٹیں اور جہاں تک ہو سکے جفتی جگہ کو بھی بچائیں۔ ساعات خبثیہ کے نکالنے میں سوسے محسوس ہونے والے کنارے سے کم از کم ایک سینٹی میٹر باہر ٹنگاٹ دیکر کاٹیں، اور سلسلہ کے قاعدہ کو کاٹ کر کواڈرہ سے بند دیں۔ اس کے بعد اس مقام کو ریڈیم سے تشعیر کریں۔ اگر جفتی کو اس حد تک قربان کرنا ضروری ہو کہ اس کے بعد عقد میں ٹنگا رہ جائے تو اس مقام پر دوسرے مقام سے جلدت کر مصنوعی طور پر جفتی بنا دیں۔ بخوری کی حالت میں سلسلہ کو نکالنے کے بعد فوراً ہی اس عمل کو انجام دیتے ہیں۔ مگر بہتر یہ ہے کہ خبثیہ ساعات میں اس عمل کو ٹھہر کر انجام دیا جائے یعنی چند روز کے وقفہ کے بعد اگر سلسلہ بہت بڑھ گیا ہو تو اس کے واسطے بعض اوقات آنکھ اور تمام مجبوری انسجہ کو نکالنا پڑتا ہے اور اس میں کوئی حرج نہیں۔

آنکھ کے گوشے کا کاٹنا اور مصنوعی طور پر بنانا۔ (Canthoplasty) (Canthotomy)

ان اعمال جراحیہ کا مقصد یہ ہے کہ آنکھ زیادہ کھل سکے۔ آنکھوں سے دونوں جفتیوں کو جفتی زیادہ کھل سکے کہ ان کی طرف کھینچیں تاکہ بیرونی خیمہ خوب تن پائے اور قینچی کا کندہ نوک ان پھل جہاں تک ممکن ہو، جفتی کے اندر پیچھے کو سنے جائیں۔ قینچی کی دھنکتی ہو اور قینچی کے درمیان جو حصہ ہے اس کو نفی طور پر کاٹ دیں۔



اب اگر جفتی کو اور زیادہ کھولنا ہو تو ایک رقبہ زخم کو نظر آدھی جس کی شبیہ مچھلی یا پرنسپل والی شکل کے مشابہ ہوگی۔ باہر کی طرف اس زخم کے دو مبدئی اور اندر کی طرف دو ممتدی سر سے ہوتے ہیں۔ اب قینچی رباط کو کاٹ دیں۔ ان کو کاٹنے کے لئے زخم کے ممتدی کنارے کو پکڑ کر کھینچیں۔ مابین تک کہ اس کھینچاؤ میں رباط کا کاٹ

پیدا کریں۔ سو قینچی کو زخم میں پھر داخل کریں اور رباط کو محسوس کر کے قینچی کو صرف اس قدر کھولیں کہ اس کے درمیان رباط آجائیں قینچی کے درمیان ان کو سنے کر کاٹ دیں۔ اس عمل جراحی کو شوق ممتدی (Canthotomy) کہتے ہیں۔



- ۱۔ (الف) عمل ترقیہ جھومس و علاج کے بعد —
(ب) چلنے کی وجہ سے بائیں آنکھ کی سطحی نسیجوں پر زخم ہو گیا ہوگا۔
- ۲۔ (الف) ملا دھبی سے زخم کے لئے جلانی کو داغے (مذہب) —
(ب) ملا دھبی کو شکاف دھلے کا طریقہ —
- ۳۔ آنکھ کے اندر سے لہر کے تھوڑے نکالنے کے لئے "مقناطیس" کے استعمال کا طریقہ —

اگر ہم چاہیں کہ مستقل طور پر آنکھ کا کوئی بڑا ہوا سے تو ہم کو چاہئے کہ اس زخم کی تھک کو، ایسی نشا رستہ دیا جائے کہ اس کے دونوں کنارے آپس میں پھر نہ جڑ سکیں اس عمل کو ترتیب دیتی ہے اس میں کے طریقہ کی توضیح ذیل میں کی جاتی ہے۔



۱۔ (د) منقہ چھٹی کا کمرہ جو ہوا سے کھلے گا، (ب) ٹانگے لگائے گئے ہیں

تصویر نمبر ۱ میں زخم کی سطح کیروں کے درمیان سفید دکھائی گئی ہے۔ ٹمچہ کی چوٹی (دانت) کو بہلہ کی چوٹی پر دبائے ساتھ ٹانگہ لگا دیتے ہیں

(ب) کے نزدیک اور (د) کے نزدیک اپنے ٹمچہ کی سطح آجاتی ہے۔ اب اوپر اور نیچے ٹمچہ اور بہلہ کو یکجا کر کے ایک ٹانگہ اور لگا دیں۔

تصویر نمبر ۲ میں، ٹانگے لگا کر دکھائے گئے ہیں۔ ٹمچہ کی ضرورت ذیل کے حالات میں ہوتی ہے۔

(۱) منقہ العین بہت چھوٹا ہو (Blepharophimosis) اور انقباض اشفاقہ لجنان (Ankyloblepharon) کی حالت موجود ہو۔ ان صورتوں میں چونکہ اپریشن کے بعد تھل طور پر اس کے اثر کی ضرورت ہوتی ہے اس لئے ترتیب دیتی (مصنوعی کو یا بنائے کی) ضرورت پڑتی ہے۔

(۲) شدید انقباض جفن (Blepharospasm) یا مخصوص جبکہ اس کی وجہ سے انقباضی التواء جفن (Spastic entropion) پیدا ہو اسی صورت میں کٹے کو صرف کٹ دینا ہی کافی ہوتا ہے، جو اس اپریشن کی کامیابی میں صرف یہی نہیں کہ منقہ العین بڑا ہو جاتا ہے۔ بلکہ عضلہ محیط جفن کے الین کے کٹ جانے کی وجہ سے قائم ہوتا ہو اس لئے ٹمچہ جفن کے ساتھ منقہ العین تنگ ہو جائے تو بھی اس عمل کو انجام دینا چاہئے۔

(۳) سوزا کی التهاب منقہ جس میں اجفان بہت زیادہ متورم ہوں، اور اجفان کے درم کی وجہ سے متحدین پر زیادہ دباؤ پڑے، تو اس صورت میں صرف کونے کا کٹنا کافی ہوتا ہے۔

(۴) یہ عمل اس وقت بھی ضروری ہوتا ہے جبکہ بہت بڑے متحدین یا کسی سلعہ کو نکالنا ہو۔

بالائی جنین کے پچھلے کناروں کے درمیان بھی مذکورہ طریقہ پر سکاف دے کر بالوں کی جنموں کو ہٹانے کریں۔ اور
ان کو تھ جلد کے کات کر رکھ کر دیں۔ یہاں سے نئے جنین کے اپنی سطح پر ایک جگہ جلد کے ہونے کی بات۔ یہ جنموں
جنین کے مقدمہ حصہ کو اس طرح بالائی جنین کے دوسرے جہوں کے اس کا ایک حصہ ہے بعد میں جنموں کو بالائی جنین میں ہر
ذاتی کات ہے تاکہ بعد میں یہ دونوں آپس میں جڑ جائیں۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ ایک تگے کے دونوں سروں پر
دو سوئیوں پر وٹیں اور دونوں سوئیوں کو پچھلے کنارے پر اندر سے باہر کی طرف نیچے میں ایک کوسے سے تگے کو پکڑ
بالائی جنین کے نیچے آجائیگا۔ اب دونوں سوئیوں کو زیرین جنین کے ہناتے ہوئے مقدمہ پر تگے سے اندر سے باہر کی طرف
لا کر نکالیں۔ اور تگے کو پکڑ کر جلد پر بندھ دیں۔ اس طرح کوسے سے زیرین جنین کا پرت بالائی جنین کے بے جلد کے ہناتے
مقدمہ پر آجائیگا۔ اور انکھوں کو ہڈی سے بالائی اور زیرین جنینوں کی برصہ سفید آپس میں مل جائیں گی۔ اب جلدی
پر دس کے بالائی سرے کو بالائی جنین کے کئے ہوئے کٹے کے ساتھ تگے لگا کر سی دیں۔

اندرونی کناروں پر اجفان کو سینا۔ Internal torsorrhaphy۔ اپرٹ Art

کا طریقہ اس کے واسطے یہ ہے کہ ایک چمچی سے پکڑ کر ایک چمچی کے ذریعہ زیرین در بالائی اجفان کے اندرونی زاویہ کے
نزدیک سے جلد کا تھوڑا حصہ کات دیا جاتا ہے۔ اور پھر اس پٹے اور بے زخم کے اندر کی طرف اجفان کے جڑ تھیں
پر دونوں لبوں کو آپس میں ملا دیا جاتا ہے۔ ان دونوں لبوں کو آپس میں خیاطت متقطع کے ذریعہ سیسے ہیں۔ اگر ہم
یہ ہیں کہ بالائی اور زیرین اجفان کا یہ اتصال مستحکم ہو تو بیرونی کناروں پر اجفان کو سینے کے متعلق جو طریقہ بتایا گیا
ہے اس کو کام میں لایا جائے۔

اندرونی اور بیرونی خیاطت جنین کو ذیل کی ضروریات کے سے اختیار کیا جاتا ہے۔

(۱) بیرونی التواء جنین (Ectropion) میں خیاطت اجفان کے یہ اعمال شیشوخی اور سترخی استو
جنین میں زیادہ مناسب ہوتے ہیں بعض اوقات لیفی ندبی ساخت کے سکونے کی وجہ سے جو التواء جنین لاحق ہوتا
اس کے واسطے بھی اس کو کام میں لاتے ہیں۔

(۲) آنکھ کے بند ہونے کی صورت (Lagophthalmos) میں کیونکہ اس طریقہ سے نکتہ لعین کو

چھوٹا کرنے سے آنکھ کے بند ہونے میں مدد ملتی ہے۔ جو خال ابعین میں بھی اس سے ضرور مدد ملتی ہے۔

عموماً قعدہ کے طور پر سیدرونی کناروں پر اجفان کو سینے کا عمل انجام دیا جاتا ہے۔ اندرونی کناروں پر سو سے ستر خانی التوار جفن کے دوسری مالٹوں میں اجفان کی خیاطت نہیں کی جاتی۔ کیونکہ اس حالت میں یرین جفن اندرونی جانب با متبار بیرونی جانب کے زیادہ نیچے کو جھک جاتی ہے۔

وسطا میں اجفان کی خیاطت۔ Median torseraphy اس عمل کی ضرورت صرف اس وقت پیش آتی ہے جبکہ ہم اجفان کو اس طرح سمیٹیں یا برسوں تک رکھنا چاہیں۔ اور پھر آخر میں ان کو عیندہ کرنے کی ضرورت پڑے۔

اندرونی و بیرونی التوار جفن کے لئے عمل جراحی۔ التوار جفن سے بد وضعی کے علاوہ ٹرگان کے بال بھی مقدمین کی سطح پر گر نکھاتے ہیں جس کی وجہ سے تکلیف ہوتی ہے اور مختلف عوارض پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس لئے اس تکلیف کو رفع کرنے کے لئے مذکورہ عمل جراحی انجام دیا جاتا ہے۔ یہ التوار جفن انقباضی ہو سکتا ہے اور یعنی ندبی ساخت کی وجہ سے بھی پیدا ہونا ممکن ہے۔ اور اس امر کا بھی امکان ہے کہ التوار جفن کے بغیر بھی پلکوں کے بال سامنے کی طرف مقدمین پر گر کر پیدا کریں۔

پلکوں کے بال نکالنا۔ Removal of cilia اگر صرف چند بال اندر کی طرف ایسے ہوں جو مقدمین پر گر کر نکھاتے ہوں اور التوار جفن بڑھنے والا نہ موجود ہو تو ان بالوں کو کمرائی رو کے ذریعہ نکال دیا جائے جس کا طریقہ یہ ہے کہ بال کی جڑ کو بجلی سے جلا دیا جاتا ہے اس وجہ سے پھر وہاں پر بال پیدا نہیں ہوتے۔

مسلل برقی رو کے دونوں قطب اس طرح منظر کئے جاتے ہیں کہ مثبت قطب کی طرف دہات کی ایک پلیٹ ہوتی ہے اور منفی قطب کی طرف باریک ٹیٹھوٹ سوئی اس پلیٹ کو کہنی پر لگاتے ہیں اور سوئی کو بال کی جڑ میں داخل کر کے رو کو آزاد کرتے ہیں جس سے بال کی جڑ کے مقام پر سوئی کے ساتھ ملے ہوئے خفیف جھاگ اُٹھتے ہیں۔ جو دراصل ہائیڈروجن کے بیبلے ہوتے ہیں۔ اور منفی قطب پر پیدا ہوتے ہیں۔ ان کی وجہ سے ہم کو معلوم ہو جاتا ہے کہ انسجہ میں تخریب کا عمل ہو رہا ہے اس کے بعد آسانی سے بال کو پکڑ کر نکال لیئے ہیں۔

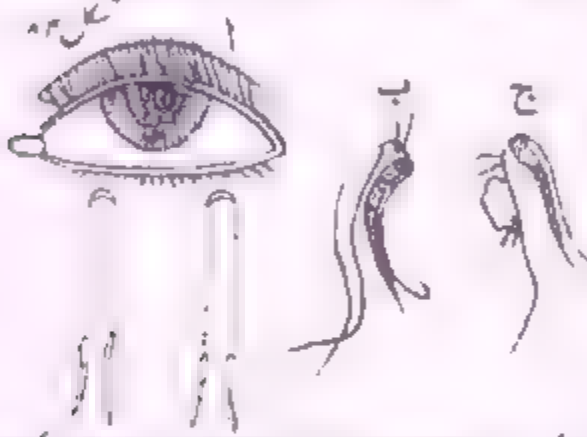
اندرونی التوار جفن کے لئے اعمال جراحی۔ انقباضی اندرونی التوار جفن کے ساتھ شعر مقلب بھی موجود

نقشبندی اندرونی اتوا جنھن سوخت پیدا ہوتا ہو

جبکہ انھان کی جلد بہت ڈھیلی اور بڑی ہو کسی سے کرات آنکھوں کی بغاوت پر سے نئی طور پر ایک بھدی کر لی گئی ہو تو اتوا جنھن غائب ہو جاتا ہے اس جگہ کی بنا پر پریشن کے مختلف طریقے ایجاد کئے گئے ہیں جن میں نمودنی طور پر پریشن بہت سکڑاتی ہے، مندرجہ ذیل سوال پر ملاحظہ فرمائیے۔

نمایات گیلارڈ
Crawford's suture ذیل میں نمایات کا وہ طریقہ بیان کیا جاتا ہے جو اہر آرتھ کا ترمیم کردہ ہے۔

ایک تانگے میں دونوں طرف سونی پروئیں در سونی کو زیرین جنھن کے کنارے پر سیرونی ایک تانی کے



اندرونی سرے پر داخل کریں تصویر میں نقطہ پر پسر
انگوٹے کی موٹائی کے برابر دور نیچے کی طرف رخسار پر اس کو
بکھالیں اور دوسری سونی اپنی سانی سے ذرا ہٹ کر میں
داخل کریں کہ نیچے کی طرف پہلی مرتبہ کے برابر دور سکڑ جائے
تصویر میں نقطہ پر اسی طرح زیرین جنھن کے اندرونی تانی کے
باہر کے سرے پر دو جگہ مذکورہ بالا طریقہ پر داخل کیے گئے
ناگوں کو اتوا اسی طور پر نیچے بکھالیں۔ انگوٹے ناگوں میں سے
ہر ایک کے دونوں سروں کو الگ الگ کسی رونی کی گدی پر ذرا کھینچ کر بندھا دیں تو زیرین جنھن پر افقی طور پر چست سے پیدا
ہونے سے جلد کم ہو جاتی ہے اور اس سے نتیجہ میں اتوا جنھن غائب ہو جاتا ہے۔

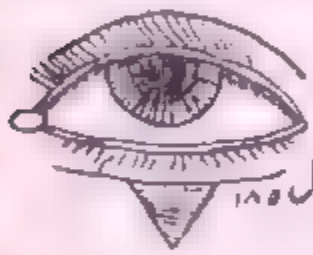
۱۔ کبوتر، ذرا رٹ کا پریش سرونی اتوا جنھن کے لئے امان، ٹوڑے سائے
و لاف سے لکھا گیا ہے ب نمودی جمع میں پد کی وسیع ج (ج) وہی
نات دپ کو کھینچ کر بند کرے جس ب درج (د) گنا حجم

اندرونی اتوا جنھن کے دور کیے گئے کو سقدہ کھینچ کر بندھا پائے کہ بیرونی اتوا کسی قدر پیدا
ہو جائے اور ناگوں کو اس وقت تک اندر رہنے دیں جب تک اس کی بندہ پر یعنی سادنت نہ بن جائے، آخر میں ہی سفی نسبت
سکر کر ان ناگوں کی جگہ سے یہی ہے، ہرین کاخیں ہے کہ اس پریشن کے باوجود ہی اندرونی اتوا جنھن لاحق ہوتا ہو
مذا اس پریشن کو ایسے اتوا جنھن کے واسطے استیاء کریں جسکو بھی بہت نمود اور عمدہ گھڑا ہو مثلاً وہ اتوا جنھن جو کہ پٹی
کے بانہ جسے کی وجہ سے پیدا ہو۔

۲۔ جفنی جلد کا افقی ٹکڑا الگ کرنا۔ جفنی بعد پر سے دو انگلیوں کے درمیان ایک افقی چنٹ کو پکڑ کر اونٹنیوں کے ذریعہ اس کی پوزائی کا اندازہ اس مرتبہ لگائیں کہ کس قدر اونٹنی سے لٹوا جفنی غائب ہوتا ہے۔ مگر یہ خیال رہے کہ یہ استعداد نہ ہو کہ بیرونی لتوا پیدا ہو یا اس کے بعد تھو بند ہی نہ ہو سکے۔

ب۔ اس بعدی چنٹ کو چھیننے سے ایک مرتبہ میں کٹ کر الگ کر دیں۔ اور بعد کے کٹے ہوئے دونوں کناروں کو انگوٹھوں سے کسی گروہ دیجے۔ اپریشن کی کامیابی کے لئے بہتر یہ ہے کہ جفنی کے کنارے کی طرف شگاف کا حصہ جفنی کنارے سے نزدیک تر ہو اس پریشن کا نتیجہ مستقل ہوتا ہے مگر بعض اوقات جلد کے کھینچ جانے کی وجہ سے پھر اندرونی لتوا جفنی پیدا ہو سکتا ہے۔ اس لئے اس خطرہ کو دور کرنے کے خیال سے اس سے زیادہ چھیدہ اپریشن ماہر ہولمز Holm کا اختیار کریں۔ اس سے جفنی بعد غصرونی کنارے پر قائم ہو جاتی ہے۔

۳۔ جفنی جلد کا عمودی ٹکڑا کٹ کر الگ کرنا۔ جفنی کنارے سے ذرا نیچے ایک افقی شگاف دیں جو کہ



فان گرین کا اپریشن۔ غصرونی لتوا جفنی کے واسطے۔

زخم کے کناروں پر ناگہ رکھا دینے کے بعد کی حالت دکھائی گئی ہے۔

دونوں عقیقہ کے نزدیک تک چلا جائے پھر اس شگاف کی درمیانی تہی کے دونوں سروں سے نیچے کی طرف بھری کنارے تک دو شگاف ایسے دیں کہ دونوں بھری کنارے پر مل جائیں۔ تصویر ملاحظہ ہو۔ اور ان دونوں شگافوں کے درمیان شگاف ٹکڑا بعد کٹ کر الگ کر دیں۔ اور پھر دونوں طرف کی جلد کو

نیچے سے ذمید کر کے ان کے کناروں کو ملا کر سی دیں۔ اس شگاف میں وضع عمودی ہونے کی وجہ سے یعنی مذہبی سافٹ بڑی جاتی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔ اگر اس کا نتیجہ پہلے اپریشن سے بہتر برآمد ہوتا ہے۔

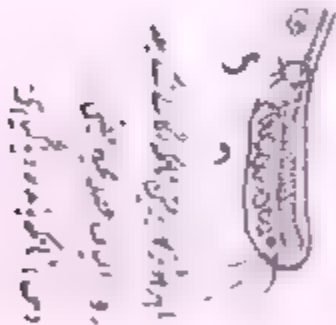
د۔ کواڈ کربانی کے ذریعہ جفنی کنارے کے نیچے نقطوں کے طور پر جلد کے ارد گرد کی ساختوں کو جلاتا جفنی کنارے سے ۲ یا ۳ فی سیر نیچے کواڈ کربانی کے ذریعہ جلد اور اس کے نیچے غصرونی تک کی ساختوں کو جلاتے سے نتائج عمدہ مترتب ہوتے ہیں۔

۵۔ کوئے کا کٹنا۔ Canthotomy۔ اس کی وجہ سے جفنی تقابض منع ہو جاتا ہے اس کے علاوہ انقباضی لتوا جفنی میں بھی اس کا کام میں لاتے ہیں۔ جب فتحہ بعین جفان کے کٹھا ہو کر بند ہونے سے چھوٹا ہو جائے تو ایسی

صورت میں بھی اس طریقہ کو اختیار کرتے ہیں جن وقت نہت کو کھانے کا زمانہ نہ ملتا ہے اور نہ ہی کو کھانے کا وقت جتنی جلد کے ساتھ ہی دیا جاتا ہے تاکہ اس کا اثر مستقل ہو جائے۔

یعنی ندبی ساخت کی وجہ سے اندرونی التوا جتنی کے لئے اعمال جرحیہ جن میں پتھوں کے بالوں کو بھی اپنی طبعی حالت پر لے آئے ہیں۔ اس پریشن کا مقصد پتھوں کے بالوں کو پتی نہیں مانتا بلکہ خود غرض سے ذریعہ ہویا بالوں کی جڑوں کے منہ کو کاٹ کر اوپر کی طرف لے آئے سے یعنی منہ و انت جتنی کے یہاں سے پن کو درست کر کے اس پریشن کے سے مندرجہ ذیل طریقے اختیار کئے جاتے ہیں۔

ماہر ہونٹر کا عمل جرحی۔ بارانی غلاف جتنی کے اوپر سے کنارے پر ایک طرف سے دوسری طرف تک شگاف دے کر زخم کے یوں کو ایک دوسرے سے الگ کر دیا جائے۔ یہاں سے منہ جتنی منہ ہوتا ہے۔ اس کے ایلات میں سے چند سیات کاٹ کر الگ کر دیے جاتے ہیں۔ پھر اس کے نیچے غلاف جتنی منہ سے ٹہنی ہے۔ یہ کوئی ہوتا ہو چاقو سے چھیل چھیل کر ہٹائی کر دیتے ہیں۔ اس کے بعد یہ مائیکل کے حسب ذیل طریقہ پر لگے دیتے ہیں۔



پسے اوپر کی جلد میں سے ٹانگہ کو گزار کر غلاف کے اوپر کے سرے میں سے نکال جائے اس کے بعد نیچے کی جلد میں سے اندر سے باہر کی طرف ٹانگہ کو نکال کر گانٹھ لگادیں اور زخم کو بند کر دیں۔ ایسا کرنے سے جتن کا زیریں کنارہ اوپر کی طرف گھوم جاتا ہے اس طرح گویا کہ ہم پتھوں کے بالوں کے مقام کو ایک ایسی جگہ پر قائم کرتے ہیں جو ہٹنے والی نہیں ہوتی (غلاف کے اوپر کے کنارے کے ساتھ قائم کرتے ہیں) اور غلاف جتنی کو اس سے کاٹتے ہیں کہ یہ جتن کو پتھوں کی طرف سوزنے میں رکاوٹ نہ پیدا کرے۔



ماہر اوٹنگن (Oettingen) کا اپریشن کرنے میں جتنی زیریں سرے کے دونوں کناروں کے درمیان شگاف اس طرح دیا جاتا ہے کہ شگاف کے اندر سے غلاف جتنی کے اوپر کے کنارے تک جلد الگ کر دی جاتی ہے تاکہ جتنی جلد جو غلاف کو ڈھکی ہے پوری طرح اوپر کو ہٹائی جاسکے۔ اب اس

جلدی پردے کے پچھے سرے کو جس پر بال ہوتے ہیں غفروت کے اوپر کے کنارے پر ہی دیا جاتا ہے اس طرح جنین کے پچھے کنارے پر بہت بڑا زخم بن جاتا ہے جو دراصل غفروت کی مقدم سطح ہے۔ اس کو ذلت نکلنے کے سبب ہونٹ کی غشا رخی ملی سے کر لگا دینا مناسب ہے۔ اپریشن کا یہ طریقہ اس وقت اختیار کیا جاتا ہے جبکہ پلوں کے بال بہت زیادہ طور پر پیچھے ہوں۔

سے لین کا اپریشن اور اس کا ترمیم کردہ طریقہ۔ سسٹین کا اپریشن یہ ہے کہ جنین پر اس کے کنارے سے ذہبٹ کر اس طرف سے اس طرف تک ایک شکاف دیا جائے اور دوسرا شکاف اوپر کی طرف دیا جائے جس کے دونوں سرے پہلے شکاف کے دونوں سروں کے ملحق ہوں۔ ان دونوں کی بیچ کی جلد کاٹ کر ٹک کر دی جائے اس کا اوپر کا کنارہ کر دی ہو۔ اس کے بعد غفروت جنین میں سے پھر تازہ کوئی شکل کا ایک ٹکڑا ہٹ کر الگ کر دیں اور ٹانگے لگا دیے جائیں۔

ترمیم جنینی کنارے کے توازی اور اس کے ۲ یا ۳ ملی میٹر اوپر اوپری جنین میں افقی طور پر ایک شکاف اس طرف سے اس طرف تک دیا جائے، پھر اس شکاف کے نیچے سے جنینی کنارے تک جلد کو الگ کر لیں۔ اور اوپر کی طرف بھی بالائی غفروتی کنارے تک الگ کر لیں۔ اس کے بعد ایک دوسرا شکاف جو پہلے شکاف کے برابر لمبا ہو غفروت اور ٹھمہ پر ایک سرے سے دوسرے سرے تک دیا جائے اب پچھلا حصہ غفروت کا جلد اور ٹھمہ سے بالکل آزاد ہو جاتا ہے۔ لہذا جس قدر چاہیں ٹانگوں کے ذریعہ پلوں کے بالوں کو سامنے کی طرف لا سکتے ہیں۔ مگر تاکہ لگانے میں ضروری ہے کہ اوپر کی طرف سے غفروتی کنارے میں سے گزرائے جائیں پھر غفروتی مجری صفاق اور دوسرے آزاد سرے کی جلد سے ذہبٹ کر جنین کے دونوں کناروں کے درمیان ایک موتی کے اوپر ان کو باندھ دیا جائے۔ اس اپریشن کے بعد پھر شکایت کا اعادہ نہیں ہوتا۔ مگر اس اپریشن میں ٹکڑے کا کسی قدر خطرہ ہوتا ہے۔ اور اگر تیسچے کو گھمایا ہو تو اثر ہو تو اس کے بعد آنکھ بند نہیں ہو سکتی۔ ماہر پادری (Biplawi) غفروت تک کاٹنے کے بعد عضلہ عمیق جنینی کا پچھلا حصہ الگ کر دیتا ہے، ایسا کرنے سے جنین کا پچھلا سر زیادہ خوبصورت ہو جاتا ہے۔

غفروت جنینی کا نکال دینا۔

سر کا مقصد یہ ہے کہ پلوں کے زیر سے بالوں کی وضع درست ہو جائے اور اس کے ساتھ اس کے سبب یعنی رد بھی کا

بھی آزاد ہو جائے۔ مندرجہ ذیل اعمال جراحیہ اس کے واسطے کام میں لائے جاتے ہیں۔

(۱) غضروف جفنی کو جزی طور پر کاٹ کر لگ کرنا۔ اس کے ساتھ جفنی ٹمہ کو کاٹ کر نکال دینا۔ اس پریشن کو ن آنکھوں کے لئے اختیار کرنا۔ پستہ جن میں ریڑھنی موجود ہو۔ اس کے رشتوں کی وجہ سے غضروف دب کر رہتا ہے۔ اس کے ٹمہ کی لمبائی موٹی ہوں اور اس میں تقاضی حالت پیدا ہو جائے۔ اس کا یہ نتیجہ ہے کہ دیر تک جفنی کو الٹ کر جفنی کنارے کے متوازی تندرست مقلی ٹمہ میں لگاتے ہیں۔ یہ شگاف باہر کے گوشے سے لگاتے ہیں۔ ایک جواب ملتی زخم کے زیر میں جب پستہ تانے اس طرح لگائیں کہ ٹمہ کے اندر سے ہم۔ ٹمہ دو مقام پر پور کر دے۔ دو فی میٹر چوڑے نوپ کی شکل اختیار کرے۔ نوپ کا ٹمہ ملتی کے اوپر جواب لگائیں۔ انکوں کو پور کرنے کے درمیان ٹمہ کو کچھ بڑھادین سے قرنیہ تک الگ کر دیں۔ دوسرا ٹمہ لگاتے ہیں کہ دیر اس کے کنارے کے متوازی دیں۔ اس میں ٹمہ بے غضروف کو کاٹ دیں۔ یہ شگاف جفنی کنارے سے ۲ یا ۳ فی میٹر اونچا ہونے لگاتے دیئے کے بعد ٹمہ در غضروف کو تانے آہستہ سہجے کی ساختوں سے الگ کرتے جائیں۔ گونڈیال رقص کے ساتھ محیط جفنی اور عضلہ مزجج لگائیں۔ اس طرح پور ٹمہ اور غضروف کاٹ کر الگ کر دیں۔ جو ٹمہ اس طرح کیا جاتا ہے لبانی میں تقریباً ۲.۵ سنٹی میٹر سب سے بڑھتا ہے اور چوڑائی ایک سنٹی میٹر ہوتی ہے۔ اب ٹمہ کو اس کے اندر کے ٹانگوں کے ذریعہ تانیں جو کہ جفنی میں سے اندر سے باہر کی طرف اس طرح گزرتے ہیں کہ قطع کردہ غضروف کے کٹے ہوئے کنارے کے ایک فی میٹر سامنے کو جلد پر لگتے ہیں۔ ان ٹانگوں کو ہلکے طور پر باندھ دیا جائے۔

(۲) کلی طور پر غضروف جفنی کا نچا لانا۔ یہ اپریشن ماہر ہیں راتھ Heisrath کا بت ہیں۔ ماہر کوہنٹ (Kulnt) نے ترمیم کی ہے۔ اس اپریشن کو ریبی کے اس درجہ میں اختیار کرتے ہیں جس میں کہ جفنی نہ بنی ساخت بن کر جفنی کو بہت زیادہ سکڑ دیتی ہے۔ اور اسی کے ساتھ غضروف میں بہت زیادہ فساد کی تغیرات رونما ہو جاتے ہیں۔ ایسی صورت میں تقریباً تمام ٹمہ یعنی نہ بنی ساخت میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ جفنی کو پٹ کر ٹمہ میں شگاف دیں۔ یہ شگاف جفنی کنارے کے نزدیک اور اس کے متوازی ہو اس کے بعد کی جفنی غضروف کو ٹمہ لیمبوں یا مخصوص ٹمہ سے الگ کریں۔ اس حالت میں ٹمہ غضروف سے سختی کے ساتھ ملحق نہیں ہوتا۔ غضروف کے اوپر کے کنارے تک اسی طرح علیحدہ کریں اور عضلہ راتھ لیمب علیا۔ کو کاٹ دیں۔ اب غضروف چونکہ آزاد ہو جاتی ہے

سے اس کو الگ کرنا آسان ہوتا ہے۔ غصروف کو الگ کر دیں اور ٹمچہ کی کٹی ہوئی سطح کو اس غصروفی معنہ سے سی دیں جو کہ خفی کٹا رہے پر ہوتا ہے۔

بیرونی التوار جن کے لئے اعمال جراحیہ۔

تنباضی بیرونی التوار جن۔ انقباضی التوار جن جو کہ معمولی تہ بیر سے درست نہ ہو سکے اس کے واسطے ماہر سنے لین کے ٹانگے بہترین سمجھے جاتے ہیں۔ اس میں بھی "گیلارڈ" کے ٹانگوں کی طرح دو لوپ استعمال کئے جاتے ہیں جن میں سے ایک بیرونی اور وسطی تائی کے جاسے اتصال پر ہوتا ہے۔ اور دوسرا اندرونی وسطی تائی کے جاسے اتصال پر یا یہ دو ہر سے ٹانگے زیرین جن میں نیچے کی طرف اور بالائی جن میں اوپر کی طرف جلد کے پٹے جاتے ہیں۔ ان ٹانگوں کے لگانے کی جگہ اس میں مختلف ہوتی ہے۔ ہر سنے لین کے ٹانگوں میں ان کی جگہ آستے ہوئے ٹمچہ کی چوٹی پر یعنی معمولی حالات میں غصروف کے موخر کنارے

کے پاس ہوتی ہے۔ یاں سے سونی نیچے کو جلد کے پٹے پر یا کر مجھ کے پٹے کنارے کی چوٹی پر یا ہنگام بناتی ہے۔ دوسری مرتبہ سونی پٹے ٹانگے کے نزدیک اور متوازی دھن کی جاتی ہے۔ درمیان پر یہ دونوں ٹانگے آؤ ڈو فارم کی پٹی ہوئی گاڑی جی پر بندھ دیے جاتے ہیں۔ ٹران کو اس قدر کھینچ کر بانڈھتے ہیں کہ کسی قدر اندرونی التوار پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی طرح دوسرے لوپ کے واسطے بھی کیا جاتا ہے

ایسا کرنے سے لوپ کے ذریعہ ٹمچہ نیچے اور سامنے کو کھینچ جاتا ہے۔ ایسے ہی ٹانگے شیخونی بیرونی التوار جن میں بھی لگائے جاتے ہیں مگر اس حالت میں ان کا اثر مستقل نہیں ہوتا۔

شیخونی بیرونی التوار جن یا استرخانی بیرونی التوار جن کے لئے اعمال جراحیہ { استرخانی بیرونی

(Operation for paralytic and some ectropion) التوار جن کے

لئے وہ زوں اجزاء کے باہر یا اندر کی طرف نیابت کا عمل انجام دیا جاتا ہے شیخونی حالت میں بھی اسکو اختیار کرتے ہیں، مگر ماہر کو ہنٹ کا آپریشن بہتر نتائج پیدا کرتا ہے۔ اس آپریشن کا مقصد یہ ہے کہ بیرونی التوار جن میں جن میں ہر جاتی ہے اس کو چھوٹا کر دیا جائے تاکہ وہ پھر آنکھ کے ساتھ چسپاں ہو جائے۔ اس آپریشن کا طریقہ یہ ہے کہ جن میں سے ایک شلٹ ٹکڑا ایسا کاٹا جائے کہ جس کا قاعدہ جننی کنارے کی طرف ہو کیونکہ اس مقام پر جن کی مبنی سب سے زیادہ ہوتی ہے

مستعد ہو کہ یہ جوتا ہے کہ اس مقام پر ہم کی طرف ہر قسمی شکل ۴۰

۱۲ ویشٹ اور ۱۲
۲: ۱۲

نہ پیدا ہو اس لئے جفن کی پوری دیوارت میں اسکو نہیں کاٹتے، زخم کے بوں کو مادیہ کے بعد

بعد سرٹ اس کے اندرونی پڑتوں تکسند ودریتے

ہیں، یعنی سرٹ محترمہ اور غفروت جینی میں یہ سنگات

دیاجاتا اور بعد اس سے محفوظ رکھی جاتی ہے۔



۱۲ ہر ملر (Meller) کے آپریشن میں پہلے اس مادیہ کو کھینچتے ہیں کہ کس قدر غفروت جینی کو مٹ کر تک

کرنا چاہیے، اس کے نتیجے میں غفروت جینی کو دھکائی دینے سے پکڑیں اور دونوں پٹی کو اوپر نہی کر دیکھیں کہ

کتنی کم دیا زیادہ کر کے جفن مناسب طور پر بند ہونے لگتا ہے۔ اس انداز کے بعد جفن کے دونوں

کروں کے درمیان کی اور ایک سنگات دیگر اس کے دونوں نقطوں کی در د سے دو مستقیم خطوط کی صورت

میں دو سنگات مقام تک دیں، اور اس طرح محترمہ اور غفروت کا ایک ٹیٹ ٹکڑا کاٹ کر علیحدہ کر دیں، اس کے بعد

انتہائی زیادہ کا ایک ٹیٹ ٹکڑا باہر کے کوسے کے پاس سے کاٹیں، آپ ٹیٹ کے دونوں کناروں کو ملا کر دیں اور

بہرہ اسے جلد کے سرے کو کھینچ کر ان پر سے جا میں تاکہ جلد بھی چمکے ہوئے اور اندر بھی درست ہو جائے۔

یعنی ندنی ساخت کے نکرانے کی وجہ سے بیرونی التواء جینی کے لئے اعمال جراحیہ

(Operations for cicatricial ectropion (blepharoplasty))

اس قسم کے بیرونی التواء جینی کی کم تکلیف دہ وہ حالتیں ہوتی ہیں جن میں جلد بہت زیادہ خراب نہ ہو چکی ہو (جینی

انقباض سرٹ چند یعنی ندنی الیاف کی وجہ سے پیدا ہوا ہو) خصوصاً جبکہ یہ جلد کو اندر کی طرف کھینچیں اور سکوڑی

پرستام کر دیں۔ ان حالتوں میں ان یعنی ندنی الیاف کو جلد سے نیچے کاٹ دیتے ہیں یا ان کو جلد کے نیچے متغیر کر دیتے

ہیں اس سنگات کے مقام کا انحصار ان الیاف پر ہوگا۔ آپریشن کے بعد جلدی سنگات کو دیں۔ اگر اس وقت جفاں کو

بھی ایک دوسرے کے ساتھ سی دیں تو اس کا نتیجہ اور بھی متعلق ہوتا ہے اگر جینی جلد کا بہت بڑا حصہ خراب ہو چکا ہو تو

اس سادہ آپریشن سے کامیابی نہیں ہوتی۔ بلکہ ایسی صورت میں ضرورت اس امر کی ہوتی ہے کہ ضاح شدہ جلد کو نئی جلد

سے تبدیل کر دیا جائے۔ اسی لئے یہ آپریشن نہ صرف یعنی ندنی ساخت سے پیدا شدہ بیرونی التواء جینی کے لئے کیا جاتا ہے

بمقام پٹیشن کی وجہ سے گریہ بہت بڑی سطح پر ہونے لگی ہو تو اس کو بھی ڈھانک سکتے ہیں جیسا کہ جفن سلوات کے نکلنے کے بعد ترقیع جلدی کے طور پر کرتے ہیں یہ ایسے جلدی ٹکڑے سے انجام دیا جاتا ہے جو کہ ایک مقام پر جلد سے متصل ہوتا ہے تاکہ اس کو اپنی جگہ پر قائم ہو سکے۔ اس مقام سے غذا پہنچتی رہے، اور اس میں عددی کے خلاف قوت پیش موجود رہے۔ ایسے جلدی ٹکڑے کو جفن میں لگانے کے سے جفن کی تیاری کی اشد ضرورت ہوتی ہے۔

اس کا طریقہ یہ ہے کہ ایک ٹکڑے کے ذریعہ جفن کنارے کے متوازی جفن کی یعنی مذہبی ساخت کو کاٹ دیا جائے اس کے بعد زیادہ فاصلہ یعنی مذہبی ایسات کو کاٹیں، یہاں تک کہ جفن نہایت آسانی کے ساتھ حرکت کر سکے۔ اس طرح جفن کو اپنی طبعی حالت میں لے آویں مگر یہ خیال رکھیں کہ اسپر کھنچاؤ نہ پڑے، ساری ہونی جلد کا وہ حصہ جو اپنی طبعی وضع کو ضائع کر چکا ہو اس کو کاٹ کر لگ کر دیں۔ مگر جفن کنارے کو ہرگز قربان نہ کیا جائے۔ اب اس کو طبعی مقام پر لایا کر اوپر کی جفن کے ساتھ ملا دیں جس کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ اوپر اور نیچے کے اجفان پر پیکوں کے نیچے کی طن مین رہتے آسنے سانسے سطحی بشرہ و خلی سطح سے برہنہ کر کے جائیں، اور پھر ان کو آپس میں ٹانگہ کے ذریعہ سی دیا جائے مگر ہر ٹانگہ زیرین جفن کی جلد میں سے ڈالا جائے اور زیرین و بالائی جفن کی برہنہ سطح میں سے گزار کر بالائی جفن کی جلد سے باہر نکل جائے تاکہ کے دونوں سروں کو بڑی کیملی پر باندھ دیا جائے، مذکورہ طریقہ پر اجفان کو، ایک دوسرے سے مل کر لگانے کے بعد جس مقام پر پہلے ٹنگا دیا تھا وہ مکمل جائیگا۔ اور وہاں کی سطح پوری طرح برہنہ ہو جائیگی۔ اس سطح کو جلدی ترقیع کے ذریعہ ڈھانک دیا جائے۔

اجفان کی ان خرابیوں کے لئے جفن کناروں کو آپس میں سینا جن میں کہ جفن کی پوری دیارت ماؤف نہیں ہوتی۔ مختلف نرہیاں جو کہ قوت و فاعل انما کا نتیجہ ہوں۔ ان کی وجہ سے ٹکڑے کا جفن کنارہ اور متعدد حالتوں میں مفردت کا کچھ حصہ باقی رہ جاتا ہے جن حالتوں میں ذہن سطحی بشرہ قائم اور جفن ڈھانچہ بھی موجود ہو ان کو ہم ترقیع جلدی کے ذریعہ ڈھانک سکتے ہیں جس مقام سے جلد غائب ہو وہاں کی ترقیع کے لئے بالکل اسی شکل کا جلدی ٹکڑا لینا ہوگا۔ مگر اس کا طول و عرض اس مقام سے ایک تالی بڑا ہو کہ جلد اس عمل کے بعد سکر جاتی ہے۔

بالائی جفن کے اسٹراک کے لئے اعمال جراحیہ۔ (Operation for ptosis)

جفن کو چھوٹا کرنا۔ Shortening the lid یہ آپریشن اسٹراک جفن اعلیٰ کی غلطی اور ان حالتوں



- ۱ دائیہ انکھ کے اچھا کرنے کے لیے لکھ مارا دھوا کی خدمت
 ۲ دست چھوٹی ہونے والی سوجات کو ہٹانے کے لیے لکھ مارا، کورسٹ اس خدمت
 ۳ اس کے ساتھ بال مقامی یا عمومی دشواری کے بعد دیا جاتا ہے
 ۴ چھوٹات کو توڑنے کے لیے مارا کاپ کی صفائی

کے سے برسرکار دیا جاتا ہے جو بعد میں باقی ہوتی ہیں۔ اور کسی دوسرے طریقے سے۔ دست ہونے میں نہیں ہیں۔ مس
پیش کے متعدد طریقے وضع کئے گئے ہیں مگر سب سے زیادہ طریقہ یہی ہے کہ جن سے اوپر سے بعد کی ایک چوٹ کاٹ کر ایک
کر دی جاوے، باہر نہ گزرتے اسی کے ساتھ عضد محیط جفنی کے نیون کو کاٹنے کی تجویز کا اہم فائدہ یہ ہے، مگر اس طریقے
کو ہر مریض نے ترک کر دیا، کیونکہ اس سے اگر جن چھوٹی ہو جائے تو انکو بند نہیں ہو سکتی۔ اور جفنی کی غلڑی بعد کافی
بائے تو آپریشن کا میاب نہیں ہوتا، یعنی استہنا جفنی میں غلڑی کو کال دینے سے کافی فائدہ ملتے ہیں۔ بہت گریختوں
کے ساتھ متحدہ کو بھی نکال پڑتا ہے کیونکہ متحدہ غلڑی کے ساتھ بہت استحکام کے ساتھ ملحق ہوتا ہے۔ اگر کئی مریض
جفنی نہ ہو تو اوپر کے گنر سے پر غلڑی کا کچھ حصہ چھوڑ دینا مفید ہے۔ بہت جلدی اور طریقوں کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ
عضد رافٹہ الجفنی کی غلڑی کو کسی طرح دور کر دیا جائے۔ اگر عضد رافٹہ جفنی موجود ہو تو وہ غلڑی کیوں نہ ہو تو ہم
اس کے عمل کو بڑھانے کی کوشش کرتے ہیں۔ مگر جب یہ عضد موجود نہ ہو تو دوسرے عضد کی مدد دیکر ہوتی ہے
مثلاً بالائی عضد مستقیمہ یا عضد جیبیہ سے مدد حاصل کر کے اس کی کوشش کرتے ہیں، تاکہ یہ عضد جفنی کو اپنے ساتھ لے کر
عضد رافٹہ الجفنی کی طاقت کو اسے چھوڑ کر کے بڑھا سکتے ہیں جس کا طریقہ یہ ہے کہ ایک جلدی شگاف جفنی کنارے
اور بھوں کے درمیان دیا جائے، یہ شگاف افقی طور پر جفنی کے ایک طرف سے دوسرے طرف تک دیا جائے۔ درجہ
عضد محیط جفنی کے لیون کو اپنی جگہ سے ڈھیل کر لیں، تاکہ ان کو ایک طرف علیحدہ کیا جاسکے۔ اور غلڑی کا رونا
عضد محیط جفنی سامنے نظر آسکیں اب ایک تانگے کا ٹاپ۔ عضد رافٹہ جفنی کے وتر کے اندر سے گذر جائے، بہت جلدی و پھل
جہاں تک ممکن ہو جونا چاہئے۔ تانگے کے دونوں سروں کو نیچے غلڑی کے درجہ کے درمیان سے جوئیں اور جفنی سرے کے
دونوں کناروں کے درمیان سے باہر نکالیں۔ اب اگر ان کو کھینچ کر بند دیا جائے تو عضد رافٹہ جفنی کا وتر نوچن
کی وجہ سے نیچے کھینچ آتا ہے۔ اور وہ کی وجہ سے چھوٹا ہو جاتا ہے۔ اس قسم کے تین تانگے لگاے جائیں۔ پینٹ
وسط میں ایک میں طرف اور ایک بائیں طرف، ایسا کرنے سے بہتر نتیجہ مترتب ہوتا ہے تاکہ بعض صورتوں میں مستقل
فائدہ نہیں ہوتا۔ کیونکہ آخر میں وتر دوبارہ واپس چلا جاتا ہے۔ اس سے بہتر طریقہ یہ ہے کہ وتر کا ایک حصہ کاٹ دیا جائے
اس کے واسطے شگاف غلڑی کے کر دی کنارے کے اوپر اس کے توازی دیا جائے اور اس مقدم سے اوپر اس کو
اوپر کی طرف مثل بھوں تک پہنچے کھولیں، یہاں تک کہ غلڑی مجری صفات تک پہنچ جائیں۔ اور اسکو کاٹ دیں۔

س کے تپے عضلہ رافعة الجفن کا دیرماتہ ہے اس دیر کو مانی میں کسی قدر کٹا دیں جس کا انحصار استرخاء جفن کی مقدار پر ہے۔ کئے ہوئے عضلہ کا مقدمہ ہر غزوف کے گردی کنارہ کے ساتھ سی دیں۔

عضلہ رافعة الجفن کی جگہ عضلہ جبہ کو دینا (Replacement of levator by frontalis)

اگر عضلہ رافعة الجفن بالکل نکتہ ہو تو اسکو چھوٹا کرنا بالکل بے سود ہوگا۔ ایسی صورت میں اس کا عمل اگر عضلہ جبہ کی طرف منتقل کر دیں تو بہتر ہے۔ کیونکہ ہم جانتے ہیں کہ جو لوگ استرخاء جفن میں مبتلا ہوتے ہیں وہ اپنی پیشانی پر شکنیں ڈال کر اپنی جفن کو اٹھاتے ہیں۔ یہ حالت باقاعدہ طور پر دونوں جانب کے استرخاء میں پائی جاتی ہے کیونکہ اس کے بغیر مرینا کیکنے کے قابل نہیں ہوتا۔ اگر ایک طرف کے استرخاء جفن میں یہ حالت نہیں ہوتی، کیونکہ دوسری تہ سے مرینا دیکھ سکتا ہے۔ پیشانی پر شکنوں کے پڑنے سے بھریں اوپر کو اٹھتی ہیں جس کے ساتھ بالواسطہ طریقہ پر بالائی جفن بھی اٹھ جاتی ہے۔ اگر جفن کے دہرائے میں یہ ضروری ہے کہ پہلے جفن جلد صاف ہو جائے اس کے بعد عضلہ جبہ کا اس پر اثر ہوا ملاحظہ فرمائیے۔ کو یہ خیال ہو کہ اگر جفن کو بلا واسطہ عضلہ جبہ سے متصل کر دیا جائے تو یہ مقصد حاصل ہو سکتا ہے۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ ایک ٹانگے میں دو سوئیاں پرو کر ان میں سے ایک کو بالائی جفن کے کنارے کے درمیان اوپر کی طرف جلد کے نیچے بھوں تک سے بائیں اور بھوں کے اوپر نکال لیں۔ دوسری سوئی کو پہلی سوئی کے نزدیک اوپر کو اٹھی مقام تک پہنچا دیں اس طرح تین جگہ پر لوپ دار ٹانگے لگا دیں اور ان ٹانگوں کو چپکنے والے ایک پلاسٹک یا یوڈوفارم گارڈ کی پریکٹیکل بھوں کے اوپر باندھ دیں دوسرے دو لوپ دار ٹانگے بھی پہلے ٹانگے کے نزدیک بھوں ان کو اس وقت تک بٹھانے دیا جب تک کہ ان کی جگہ پر جفن نہ بنی ساخت کے یعنی رباط نہ بن جائیں، چونکہ یہ رباط جفن سے لے کر عضلہ جبہ تک بنتے ہیں اور جفن عضلہ جبہ کو آپس میں متصل کر دیتے ہیں، اسلئے عضلہ جبہ کا عمل احقان میں بھی منتقل ہو جاتا ہے، ہر امیں کا طریقہ بھی اسی اصول پر مبنی ہے۔

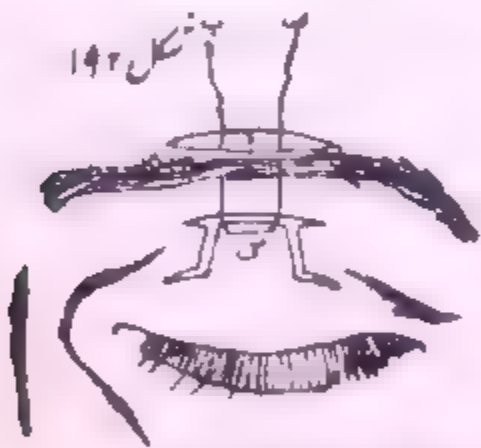
اس طریقہ میں بھوں کو مونڈ کر اس کے درمیان بینی چڑان میں ایک شگاف پوری بھوں میں دائیں طرف سے بائیں طرف کو دیا جاتا ہے۔ اس شگاف سے بھوں اور بالائی جفن کی جلد اس کے آزاد کنارے تک زیرین ساختوں سے الگ کرنی جاتی ہے اس کے بعد پہلے اپریشن کی طرح لوپ دار تین ٹانگے نیچے سے اوپر کو اٹھی اس طرح سے بائیں کر جب ان کو اوپر کھینچا جائے تو جفن پر ایک چٹا پیدا ہو جائے۔ یہ اپنے داخلہ کے مقام سے اوپر کو جاتے ہیں اور

ان کے باہر کانے کا مقام بھوس سے، سینٹی میٹر دو پر ہوتا ہے۔

ننانکوں کے وپ کو اس قدر کھینچا جائے کہ جن خوب چھی طرح دو پر کو، ٹوہا سے، کیونکہ بعد میں پریش کا ٹر کسی مدت تک کم ہو جاتا ہے۔ ٹانگہ لگائے کے بعد یعنی تہی رخت کے بننے کے وقت تک چونکہ ٹکھنسل رہتی ہے۔ اس سے ضروری ہے کہ مندرجہ ذیل طریقہ پر پٹی باندھی جائے۔

۱۔ جن صورتوں میں اجضات بندیش ہوئیں ان میں بہتر ہے کہ آنکھ کے گرد تری کا ایک خزانہ ہوتا ہے اس کی وجہ سے قرنیہ کی سطح خشک نہ ہو سکے، بھجری کنارے پر پلاستر لگا کر اس پر گھڑی کا ایک شیشہ قائم کر دیں۔ اور اس شیشے سے اندر پانی میں بھگی ہوئی غٹوری روئی رکھ دی جائے۔ ایسا کرنے سے گرمی کی وجہ سے بخار تین کر تک اور گھٹنی کے درمیانی خلا کی ہوا کو تر بکھیں گے۔

پے ناس کا اپریشن۔ (Operation of panas) اس اپریشن میں جنین اور عضلہ جیبہ



استہلا جنین علی کے لئے ہر پہ ناس کے
اپریشن کا طریقہ۔

میں ایک تعلق پیدا کرتے ہیں جس کا طریقہ یہ ہے کہ جنین کے اندر سے جلد کو خاص طور پر کاٹ کر اس کو اوپر کی طرف پیشانی کی جلد اور عضلہ جیبہ سے متصل کر دیتے ہیں۔

اس تصویر سے واضح ہوتا ہے کہ جنینی جلد سے کیا ٹکڑا کاٹا جائے، شلگات کے ذریعہ اس ٹکڑے میں کی مدد بندی کے بعد زیرین ساختوں سے اس کو آزاد کر لیا جائے یہاں تک کہ یہ تری کے ساتھ حرکت کر سکے، اب ایک

افقی شلگات جلد کے نیچے بھوس کے اوپر دیا جائے۔ اس شلگات سے پہلے بنائے ہوئے نیچے ختم تک بھوس کی جلد کے نیچے نرنگ کے طور پر بنائی کر لیا جائے اور نیچے کے بعد ہی ٹکڑے میں کو اوپر سے شلگات کے بالائی کنارے سے وپ کے ذریعہ باندھ دیا جائے۔ اسی قسم کے دو یا تین وپ اور بنائیں۔ اس کے بعد جو جگہ باقی رہے اس کو ٹانگہ لگا کر ٹھیک کر دیں، یہ طریقہ پریش کا بہتر ہے ٹر شلگات کی جگہ پر یعنی تہی رخت کے بننے کی وجہ سے بدوشی جیبہ ہو جاتی ہے۔

عضلہ رافعہ الجفن کا عمل عضلہ مستقیمہ علیا کی طرف منتقل کرنا | یہ عمل اسی وقت ممکن ہوتا ہے جب کہ
Replacement of the levator by superior rectus | عضلہ مستقیمہ علیا خود مسترخی نہ ہو

یا اس میں کوئی دوسری خرابی موجود نہ ہو۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ مٹھے کے اندر اسی عضلہ کے متلی جارا اتصال پر جہاں کہ
اس کا وتر منغم ہوتا ہے، ایک نفی شگاف دیا جائے اور طاقی مٹھے کو مقلہ عین سے الگ کر لیں۔ اس کے بعد ملٹھی پر
پس دلی میٹر کے فاصد سے دو لوپ لگا کر اس کو اوپر کی طرف ہٹالیں۔ اور ان دونوں لوپ کے درمیان مٹھے کو ایک
عمودی شگاف کے ذریعہ کاٹ دیں۔ اس شگاف کو ملٹھی طاق تک لیجائیں۔ اب بالائی جفن کو پلٹ لیں اور مٹھے کے
عمودی شگاف کو جفنی کنارے تک لے جائیں۔ ان ملٹھی پردوں کے اندر دو ٹانگے غضروف کے نزدیک لگا کر ان کو
ہٹائے رکھیں اور عضلہ مستقیمہ علیا کو دونوں طرف سے صاف کر لیں۔ اب غضروف کے بالائی کنارے کے ساتھ ساتھ
عضلہ رافعہ الجفن میں شگاف دیں۔ اس شگاف کو مٹھے کے عمودی زخم کے ایک سرے سے شروع کریں اور اس کے
اندر سے کاٹ کر غضروف کی مقدم سطح پر سے اُس کے ایات اس طرح الگ کر لیں کہ جفن کے زیرین سرے تک ایک
جیب بن جائے۔ اب جوب کے یک کے ذریعہ عضلہ مستقیمہ علیا کو اٹھالیں اور اس کے وتر میں جہاں پر کہ یہ مقلہ عین سے
منغم ہوتا ہے اُس سے تین ملی میٹر دور ہٹ کر دو سوئی دالا تا گاڈالیں۔ اسطور پر کہ اس کا لوپ عضلہ کی صلبیہ کی جانب
والی سطح پر ہو۔ اس لوپ کے دونوں طرف لمبائی میں عضلہ کے ایات الگ الگ کر دیں۔ سامنے کی طرف جہاں
یہ مقلہ عین سے لگا ہے اور پیچھے کی طرف ۱۰، ۱۲ ملی میٹر تک جائیں۔

زبان کے مانند عضلہ کا حصہ اس کے متلی جارا اتصال سے الگ کر لیں اور وتر کی صدغی و انفی جانب اپنی جگہ پر
صلبیہ سے لگی ہوئی رہنے دیں، اب ان ٹانگوں کے ذریعہ جو اس عضلہ کے زبان نما حصہ پر لنگ رہے ہیں اسکو سامنے
کی طرف اُس جیب میں جو کہ غضروف کی مقدم سطح پر بنایا گیا ہے لے جائیں، اور ٹانگوں کو جفنی آزاد کنارے پر باہر نکال
کھاڑکی جی پر باندھ دیں۔ مگر اس قدر ان کو کھینچیں کہ اپریشن کا اثر موقع حالت سے بڑھ جائے مٹھے کا زخم احتیاط کے
ساتھ ہی دیں۔ استرخا جفن کے لئے، ہرین اس اپریشن کو بہترین سمجھتے ہیں۔

نقلی استرخا جفن کے لئے "ماہر موٹائس" (Mottais) کا اپریشن عمدہ ہے۔ اس عمل میں عضلہ
مستقیمہ علیا کے ایک حصہ کو الگ کرتے ہیں اور جلد و غضروف جفنی کے درمیان



مہل اہوا کے اٹھ سوئی داخل کرنے کا طریقہ



گھس دسوی زبانی مہن جلدی مقام کے لہوں کو الگ الگ کر کے
دکھایا گیا ہے

ایک جیب بنا کر اس کو مصنوعی طور پر اس کے اندر دھکر لیتا ہے اور پکوں کے باؤں کے اندر پر مقرر کیے ہیں۔ اس
پڑین کے بعد جب قلعہ میں اوپر کی طائرت کرتا ہے تو ہن بھی اوپر کو ٹھہرتی ہے۔

آلات ومعیہ کا عمل جرحیہ

کیس ومعی کو نکالنے کا عمل جرحی

ضروری آلات - (۱) چھوٹا نشتر (۲) تہی نقش (۳) دندہ دار نقاش (۴) مفرق طیت (۵) کند
سرے والی چھوٹی چینی (۶) کند ڈار کٹر (۷) چھوٹا مقصدی کے کنارے دھار دار ہوس۔

امنان کو بیرونی حقمہ کے نزدیک نگلی کے ذریعہ کھینچے گئیں۔ اس کے بعد اس کے اندرونی ہفتی رباط نمایاں ہو جائے
بے شکات قوی شکل کا ہونا چاہئے۔ اور رباط کے دہرے شروع کر کے نیچے اور ذرا باہر کی طرف سے جائیں۔ اگر
شکات زیرین بھری کن سے تک پہنچ جائے۔ کچھ دور تک شکات کی رفتار بھری کن سے کے ساتھ ہوتی ہو اس کی
لمبائی ۳-۴ میٹر تک اندرونی حقمہ کے اندر کی طرف ہو۔ درندہ زادی دریا اور اس کی بڑی شاخوں کو صدمہ پہنچنے کا
اندیشہ ہے۔ اندرونی رباط جھنی کو کاٹ دیں۔ درکس کو کھویں، اگر اس کے زیرین حصہ میں شکات بہت زیادہ گہرا نہ ہو
اس کے بعد شکات کے اندر مفرق طیت کو داخل کر کے زوت ادم کو دباؤ کے ذریعہ بند کریں۔ یہ دہرونی کے حصہ
کھرنے کے ساتھ پہنچیں جس کو پہلے ایڈرسے نالین میں بگڑا گیا ہو۔ اس کے بعد غشاء مخاطی میں کئے ہوئے سورخ
کے ذریعہ کیس کو ہموار مانی دیکھ سکتے ہیں۔ اس کو اندرونی جانب سے چھٹی سے پکڑیں اور گرد و پیش کی ساختوں سے کند
ڈار کٹر کے ذریعہ صدمہ کریں۔ اس کی اندرونی دیوار کو آڑا کر کے بعد بیرونی دیوار کو بھی آڑا کریں۔ کیس کو سانے
کی طرف کھینچ لیں اور پھیلے ہفتوں سے علیحدہ کر دیں۔ اگر کیس ومعی کو خوب اوپر کی طرف اٹھا کر اس کی جائے گرفت
انفی کی غشاء مخاطی جہد زیادہ ممکن ہو اسی قدر اس کے ساتھ کھینچ آئے اور اس کو کاٹ دیا جائے۔ اس غشاء مخاطی کو
جہد بھی ہڈی کے نزدیک سے کاٹا جائے اسی قدر بہت ہو گیا۔ اس کو کاٹنے کے بعد دیکھیں کہ مخاطی غشاء پوری طرح
کٹ گئی ہے یا کچھ باقی ہے۔ جب یہ ممکن نہ ہو تو قیادہ انفی کا اوپر کا حصہ اچھی طرح کھینچ دیں اور احتیاط سے ساتھ

قینہ کر دینا پس بہت کہ یہ جسم اس تمام پر موجود ہیں۔ اس کے دستے اندر میں سے معاند کریں کس ریزہ کے ذریعہ انہیں
اور وہ بہت کی اشیا کو مٹا دیں گے ذریعہ معلوم یہ تھا ہے

گزشتہ باب میں اس کا مذکور ہو چکا تھا وہ اس کے اندر درجہ غریب کو پکڑ کر باہر نکال میں لیکن گزشتہ باب
بہت کم ہوا تھا۔ ہو تو بہت ہے کہ قرینہ یا صلیبیہ میں نیا زخم یا کہ زخم کا مقام بہت غریب کے محو میں ہو، مثلاً اس کے اندر
دور داخل کریں صلیبیہ میں شگفتہ دینے میں جہاں تک ممکن ہو بہت رقبہ کو محفوظ رکھیں جسے غریب کو پکڑنے میں بہت
وقت بڑی مشکل پیش آتی ہے اور کبھی اس میں بالکل ہی ناکامی بھی ہوتی ہے۔

سب سے زیادہ آسانی سے غریب اجسام کے نچلے حصے میں ہوتی ہے جو خزانہ مقدم میں موجود ہوتے ہیں کیونکہ ان کے
نچلے حصے میں روشنی سے مدد حاصل کر سکتے ہیں، اسی طرح وہاں کے ٹکڑوں کو نچلے حصے میں بھی آسانی ہوتی ہے کیونکہ ان کے
دواسطے ہم مفاد طیس سے کام لیتے ہیں۔

اوپر مذکور ہے کہ ہم ذکر کر چکے ہیں اجسام غریب کے نچلے حصے کا عمل یعنی وقت بہت مشکل ہوتا ہے اور بعض وقت
بالکل ناکام رہتا ہے اور اس کے واسطے کوئی خاص طریقہ کار بھی ہم نہیں پیش کر سکتے کیونکہ ہر مریض میں بعض ایسی خصوصیات
ہوتی ہیں کہ اس کے واسطے آپریشن کی وضع اور طریقہ بھی مخصوص ہوتا ہے۔

سب سے پہلے ۱۸۷۶ میں "میک ایون" (Mc. ewen) نے وہاں کے ٹکڑے کو آنگو کے اندر
سے ایک سلیخ نامی مفاد طیس داخل کر کے نکال دیا۔ ہر ہریش بزرگ نے سب سے پہلے گردنی مفاد طیس کی دیکھ لی۔ یہی
آجکل عام طور پر مستعمل ہے۔ اس مفاد طیس کا کندہ سر ازخیم کے اندر داخل کر دیا جاتا ہے بشرطیکہ زخم کا ٹنڈ کافی بڑا اور کھلا
ہو یا قرینہ یا صلیبیہ پر کسی مقام پر نیا زخم بنا کر اس کے اندر داخل کر دیتے ہیں۔ مابہر طینگر کا مفاد طیس گردنی صلفہ نہ ہوتا
ہے جس کے اندر مریض کا سر آ جاتا ہے۔ اس صلفہ کے مابین اگر وہاں کی سلیخ لائی جائے تو وہ مفاد طیس بن جاتی ہے
اور اس کے ذریعہ زخم کے اندر سے غریب اجسام وہاں کے ہر نکال سکتے ہیں۔

مفاد طیس عظیمہ کو آنگو کے اندر نہیں داخل کر سکتے بلکہ آنگو کے باہر ہی ان کو رکھتے ہوئے نزدیک لایا جاتا ہے۔
یہ اس قدر قوی ہوتے ہیں کہ وہاں کے ٹکڑوں کو فوراً اپنی طرف کھینچ لیتے ہیں چھوٹے مفاد طیس سے یہ اندر جھونک دیا جاتا ہے
کیونکہ بہتر سمجھتے جاتے ہیں۔

۱. ان کے واسطے زخم بنانے یا شنگات ٹینے کی ضرورت نہیں ہوتی

۲. لوہے کے ٹکڑوں سے آنکھ کے اندر مناسب مقدار میں کھرنے کی ضرورت نہیں پڑتی۔

۳. ان کے ذریعہ لوہے کے چھوٹے سے چھوٹے ٹکڑے بھی نکالے جاسکتے ہیں۔

اگر زخم بہت بڑا ہو تو اس مقام پر مقناطیس کا رگنا زیادہ مناسب ہوتا ہے۔ ورنہ قرنیہ کے مرکز میں قرنیہ سے مقناطیس کی ٹوک لگا دی جائے تاکہ غریب جسم اس کی طرف کھینچ کر غنہ کے پیچھے آجائے، اور جب لوہے کا ٹکڑا غنہ کو پھنسا دے تو قرنیہ سے کہیں نہ پہنچے سر کو اس طرح ٹھامے کہ مقناطیس شش غنہ کی سطح کے متوازی ہو ایسا کرنے سے جو غریب جہت میں سے ہو کر خزانہ معدوم میں آجاتا ہے، پھر اس کو ہم قرنیہ کے کنارے پر شنگات دیکر نکال سکتے ہیں جب جسم غریب غنہ یا عدہ میں ہو تو پریشانی بہتر سمجھا جاتا ہے لیکن اگر زجاجیہ میں ہو تو اس کو نکالنے کے لئے بہتر ہے کہ باہر صلیبیہ کے ساتھ مقناطیس لگایا جائے، اور جب جسم غریب اس کی وجہ سے کھینچ کر صلیبیہ کے پاس آکر اس کو پھنسا دے تو (T) کی شکل کا شنگات دے کر اس کو نکال لیا جائے، اگر یہ جسم غریب لوہا نہ ہو تو اس ریز کے ذریعہ تو لیکر اس کے مقام کا فیصلہ کریں۔ اور اسی فیصلہ کے لحاظ سے اس کے نکالنے کی کوشش کریں۔

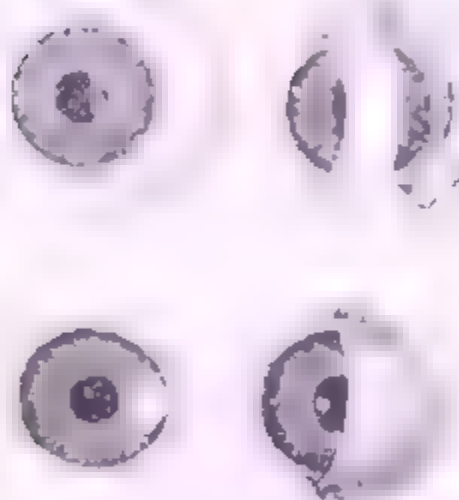
اگر بہتر طریقہ امتحان سے جسم غریب کے مقام کا صحیح اندازہ ہو جائے اور صلیبیہ کے اندر شنگات مٹمہ کا پردہ بناتے ہوئے دیدیا جائے تو نتائج عمدہ برآمد ہوتے ہیں بعض حالات میں جبکہ مقناطیس لوہے کے ٹکڑوں کو کھینچ کر بیرونی سطح کے نزدیک نہ لاسکتا ہو تو مناسب ہے کہ مقناطیس کو قنچی سے مل کر کے قنچی کو مقناطیس بنالیں اور اس کو زخم کے اندر غریب جسم تک داخل کریں ایسا کرنے سے غریب جسم اپنے مقام سے ہٹ کر باہر آجاتا ہے۔

قرنیہ میں مصنوعی سواخ بنانے کا طریقہ مصنوعی شنگات کے لئے قرعہ کی درمیانی جگہ کو منتخب کرنا چاہئے قرنیہ کے محیط حصہ میں ہی شنگات بنایا جاسکتا ہے۔ جب رطوبت مانی قیاح ہو جائے اور ملتب غنہ قرنیہ کے ساتھ آگے تو سونت مرعین کو شدید درد محسوس ہوتا ہے۔ لہذا اگر مرعینا عصبی المزاج ہو تو اس عمل کے قبل کلوروفارم سونگھا کر اس کو بیوقوف کر لینا چاہئے، مگر جہاں تک ہو سکے کلوروفارم سے اجتناب کیا جائے۔ کیونکہ اس کے ٹکھاتے وقت درد میں بھی مرعین بہت زیادہ زور لگاتا ہے۔ یا اسکو تھمتی ہوتی ہے جس کی وجہ سے آنکھ کے قیاح ہو جانے کا خطرہ رہتا ہے لہذا سوائے شدید ضرورت کے کبھی کلوروفارم نہ دیا جائے۔ اور اگر غنہ کلوروفارم دیئے چارہ کار نہ ہو تو کوئی خصوصی دوا

مکملاتی منقسمہ ۹۱۲ کتابی المہین

۱ قرنیہ اور اس کے قرعہ کے

انداز سواری پر مبنی ہے۔ یہ سب
مہین منقسمہ کے حصے کو
اس پر لگو کر قائم کرنا لازم
منقسمہ کا پلٹا ہوا پرت
منقسمہ سواری کو سواری کو پلٹ
کردے اور قائم ہو جائے •



۱ تصویر ۱۹۲

c

۱ منقسمہ کا پرت اوپر لگو کر اس

کا سہارا تو طریقہ پر لگایا
گیا ہے۔ — (تصویر ۱۹۲) حصہ مہین
شعاع دیا گیا ہے اور قرنیہ
کے اوپر منقسمہ کو لگو
کرنے کے لئے لگا دیا ہے۔



اس عمل کو انجام دے۔

ہر دند کے بعد ایک قطرہ دانی صمدی کو کین فلول کا آنکھ میں ڈالو۔ اس سے درہم عمل پادہ تہہ کیوں سے وہ دسے
کے درمیان اوقات میں مہینہ چنی آنکھ کو بند رکھو کہ تو نیک کا بشری، ستر خراب نہ ہو جائے اس کے بعد آنکھ کو بڑے نکوں
نیم گرم یا تھیں سیماں سے خوب دھو کر صحت کریں اور مناجات عین کو نکالیں۔ آنکھ کو دھو کر دانی چینی کے درخت م
کریں۔ قرنیہ کے محسوس طعنے کی ایک پنڈ کو قلم کر کے دانی چینی سے پکڑیں، درجہ چینی کو ذرا دبا کر تختہ کے ساتھ معیہ کو
کچھ حسہ بھی گرفت میں لیں، دیر نہ وقت تختہ کو پکڑنے کی صورت میں مذکور گئے سننے پر اس کے گٹ جانے کا اندیشہ ہے،
بعض اوقات مرض کی آنکھ کی انکاسی حرکات سے بھی ایسا ہو جاتا کہ جسے قلم کے ذریعہ قرنیہ میں شکست دینے
کے لئے چوڑے پتل دانی سونی اختیار کریں۔ وہ سوئی اس کام سے زیادہ بہتر ہے جو آگے سے کچھ دور تک یہی
ہوتی ہے۔ مثلاً نشتر Keratome یا شبہ جھولنی کی سونی Paracentesis or di کو بھی استعمال
کر سکتے ہیں۔ اگر شکست قدم کے فرش میں دیا مقصود ہو تو سی مقدم پیشہ کو اس طرح داخل کریں کہ اس کی سطح قرنیہ کے
ساتھ ۴۵ ڈگری کا زاویہ بنا دے۔ اور جیسے ہی نشتر خزانہ مقدم میں داخل ہوا اس کے ٹکڑے کو اس طرح ہٹا دیں کہ نشتر
قرنیہ کی موخر سطح کے ساتھ لگ جائے، اگر آپ نہ کیا ہو یگانہ بعد یہ کی سطح پر پڑا تو سونی کے گٹے سے نقصان پہنچے
کا اندیشہ ہے، نشتر کو اسی طرح داخل کر کے جو یں میں تک کہ شکست برا ہو جائے۔ اس کے بعد اس کو آہستہ سے باہر
کھان لیں تاکہ رطوبت مانی نہایت آہستہ آہستہ باہر خارج ہو جائے اگر رطوبت دانی بند نہ ہو سکے گی تو بعد سے بعد یہ کے بھٹ
ہو جائے کا خطرہ ہے۔ اور آنکھ کے اندر یکایک دبا دم ہو جانے کی وجہ سے یکایک زون ادم کا بھی امکان ہے، اس کے
علاوہ سورخ کے اندر سے جھقہ غنہ کے باہر نکلنے کا بھی ذرا ہوتا ہے، اگر جھقہ غنہ سے کوئی ذکر ماست پیدا ہو جائے
تو جھقہ غنہ غنہ کا باہر نکل ہو اس کو کات کر لگ کر دیں۔

مذکورہ عمل میں عمدہ طریقہ پر انجام دیا جائے تو رطوبت دانی بہت کم فایز ہوتی ہے۔ اس عمل کے بعد سواط سے
زخم کے گزرنے کو قرضی عینہ کے زیادہ نزدیک دیں، ایسا کرنے سے رطوبت نہایت آہستہ آہستہ خارج ہوتی ہے۔
آنکھ میں کوئی تخلف بھی نہیں پیدا ہوتی، اگر شکست جھقہ غنہ کے نزدیک دیا جائے تو سکودنیہ کے کنارے کے یا الی میٹر
مذکورہ ناچا سہنے، بالخصوص اس صورت میں جبکہ خزانہ مقدم کے اندر اشباح صمدی موجود ہو۔ اس مقام پر نشتر کو غنہ

کی شے متوازی داخل کریں اور نذر پہنچتے ہی اس کی پشت کو بدل دیں
 قرصہ قرنیہ کے فرش کو کھینچنے کے بعد تختہ کا پرت لگانے کا طریقہ۔ قرصہ کے نزدیک تختہ توڑی صلیبیہ
 سے ملحدہ کر دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد دوسرا متوازی شگاف تختہ میں لٹنے کا صلہ سے دیتے ہیں جتنی کہ قرصہ کی چوڑائی ہوتی ہے
 اب ان دونوں شگافوں کے درمیان کے تختہ کو صلیبیہ سے اس طرح بندہ کرتے ہیں کہ اس کا اتصال دونوں سروں پر قائم
 رہتا ہے۔ اس کے بعد تختہ کے چوڑے ٹکڑے کو کھینچ کر قرصہ کو ڈھانک دیتے ہیں اور اس کو اسی مقام پر قائم رکھنے کے لئے دونوں
 طرف سے ایک طرف تا لکھ لگا دیتے ہیں۔ صلیبیہ تختہ کا زخم اس کے دونوں سروں کو ملا کر بند کر دیا جاتا ہے۔ کچھ دنوں کے
 بعد قرصہ کی برہنہ سطح تختہ کی زیرین سطح سے مل کر ایک جان ہو جاتی ہے اور قرصہ منڈل ہو جاتا ہے۔ قرصہ کے اندال کے بعد بقیہ
 تختہ کو کٹ کر الگ کر دیا جاتا ہے۔

قرنیہ میں سوراخ کرنے کے لئے ماہر زلیش کا طریقہ۔ قرصہ میں ایک طرف سے دوسری طرف کو شگاف
 دیتے ہیں شگاف کے دونوں منہ قرنیہ کے تندرست حصہ میں ہوتے ہیں۔ اگر کوئین محلوں ڈاکٹر پریشان کیا جائے شگاف
 دیتے وقت جب شتر عینیہ کے نزدیک پہنچتا ہے تو شدید درد محسوس ہوتا ہے، لہذا ہمیشہ اس پریشان کے لئے تخذیر
 عمومی سے کام لیں یا تختہ کے نیچے کوئین محلوں کی تفتیح بھی کریں۔

ضروری آلات۔ (۱) مفتاح الجفن (۲) قائم کرنے والی چمچی (۳) گریف نشتر (۴) منقاش جینی سمٹائی،
 (بغیر دندانہ والی منقاش عینیہ) اگر سوراخ کے اندر سے عینیہ باہر نکل آئے ہو تو دندانہ و زنتاش کی بھی ضرورت ہوتی ہے
 (۵) مسواط عینیہ۔

پریشان کا طریقہ یہ ہے کہ آنکھ میں تخذیر پیدا کرنے کے بعد بزرگ محلوں سے آنکھ کو خوب دھو کر مفتاح الجفن لگائیں۔
 درقائم کرنے والی چمچی سے مناسب مقام پر پکڑ کر سکوت نہ کریں۔ گریف نشتر کا سرا تندرست قرنیہ کے نذر قرصہ سے ذرا
 باہر کی طرف داخل کریں۔ زیادہ مناسب ہے کہ قرصہ کے بڑھتے ہوئے حصہ کے نزدیک ایسا کیا جائے، نشتر کے سر سے کو
 آگے کی طرف اس طرح رکھیں کہ اگر شگاف پورا ہوئے سے پہلے عدسہ جلید یہ آگے کو آجائے تو مخرج نہ ہو بلکہ نشتر کی پشت
 اس میں مقبوض ہو جائے۔ خزانہ مقدم میں پہنچنے کے بعد نشتر کو دوسری طرف سے اس طرح لے جائیں کہ باہر نکالنے پر نشتر کی نوک
 قرصہ کے دوسرے سر سے پڑ جائے۔ دوسری طرف شگاف کا منہ بھی تندرست قرنیہ میں ہو۔ دوسری طرف نشتر کی نوک کو

صبیہ میں شگاف دینے کے ساتھ شبکیہ میں بھی سوراخ کرنا ضروری ہے۔

(۳) زجاجیہ کے اندر سے غریب جسم کو نکالنے میں یہی شق صبیہ کا کل انجام دیا جاتا ہے۔ بشرطیکہ غریب جسم وہ ہو جس کے نکالنے کے واسطے چھوٹا متناطیس استعمال کیا جائے۔

شبکیہ کے بیان میں بھی موخر انشقاق صبیہ کو بیان کیا گیا ہے۔ اگر ذرق الماء کے لئے قطع عنبیہ سے پہلے اور اس کے فوراً پر یہ عمل کیا جائے تو شگاف یا زخم صبیہ کے اندر بیرونی اور زیرین عضلات مستقیمہ کے درمیان ہونا چاہیے۔

قطع صبیہ - (Sclerectomy) مقدم قطع صبیہ - (Anterior sclerectomy)

یہ عمل جراحی فرم ذرق الماء کے لئے انجام دیا جاتا ہے۔ اس میں صبیہ کا ایک حصہ کاٹ دیا جاتا ہے۔ زمانہ سابق میں ماہرین اس مقصد کے لئے ماہر لینگزنگ "کا اپریشن کرتے تھے" اس میں صبیہ کا کچھ حصہ چھنی سے کاٹ لیا جاتا تھا۔ مگر اب اس کے بجائے عمل ثقب انجام دیا جاتا ہے ذرق الماء کے لئے عمل ثقب سب سے پہلے "آرگائل رابرٹسن" Argyle Robertson سے مشہور ہے اس میں ایسی دھکی اس کے بعد فریڈ ڈرگس یا مخصوص کرنل ایلٹ نے آزمایا۔ سکروٹاج دیا۔ ایلٹ۔ ہر ایلٹ کے نام نامی کے ساتھ یہ منسوب ہے۔

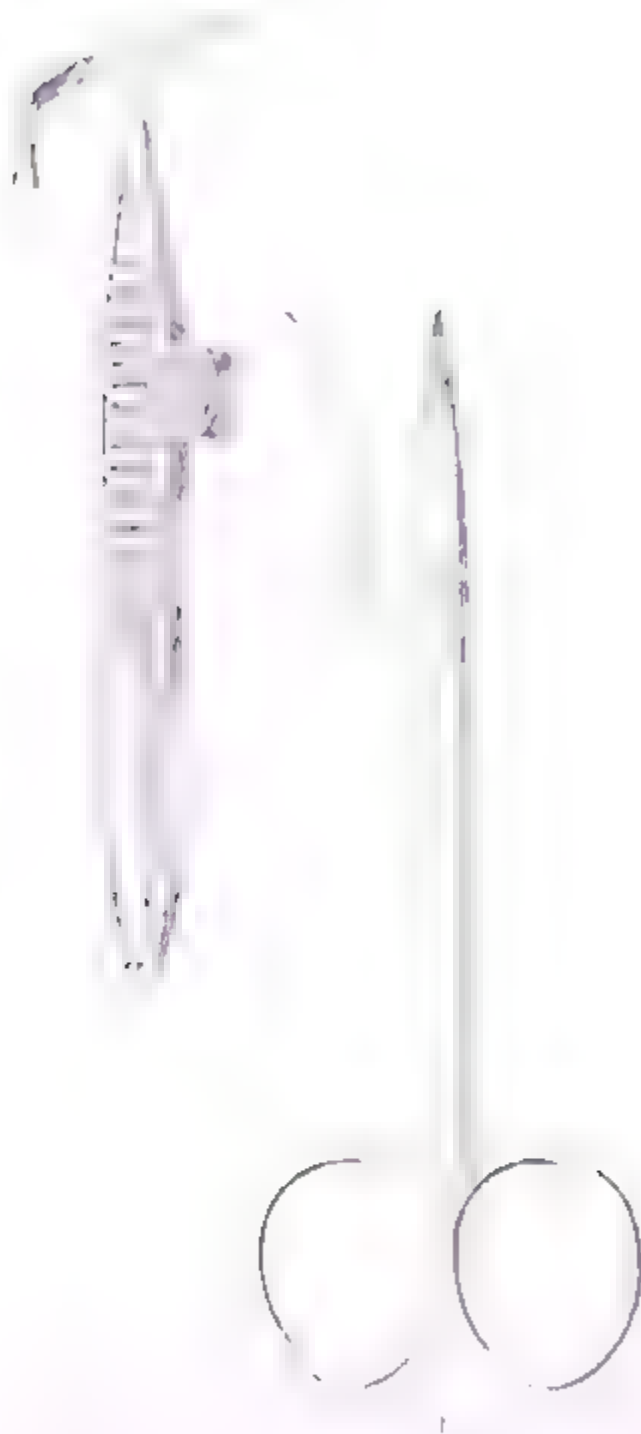
یہ پیش فرم ذرق الماء و زمانہ فعلی کے ذرق الماء کے لئے مختص ہے، بعض اقسام کے ثانوی ذرق الماء کے لئے بھی۔ بہرین سے اس کی سفارش کی ہے مثلاً جب ذرق الماء موتیا بند کے ایریشن کے بعد لاحق ہوا یا مقدم متفخ قرنیہ کی صورت ہو۔ اس میں مندرجہ ذیل اندازوں کی ضرورت ہوتی ہے۔

۱۔ متفخ، بعض (Speculum) ۲۔ قائم کرنے والی معمولی سیدھی اور ٹیڑھی قسم کی دو چھنیاں

3. (Straight & curved fixation forceps) ۴۔ وتری قینچی ۵۔ مسواط یعنی (Iron retractor)

6. ٹینک کو چاقو ۷۔ شقیہ بنانے والا اور ۸۔ سیدھی قینچی ۹۔ نوویکری قینچی ۱۰۔ سیدھی مٹی چھنی یا میٹ کی پمٹی ۱۱۔ سوایاں اور سوئی کو پکڑنے والا آدہ۔

پہلے آنکھ کو کوئین عملوں سے محذور کریں اس کے بعد ایڈرینالین کے دو قطرے آنکھ میں ڈالیں۔ مہتممہ کو نوپ مہنطرح مہول سے دھوئیں، اور متفخ بعض کو اجناس کے اندر نکالیں مریض سے کہیں کہ وہ اپنے پاؤں کی حرکت دیکھتا رہے اب زیادہ دیکھنے والی معمولی چھنی سے قرنیہ سے ۱ یا ۲ ملی میٹر اوپر مہتممہ کو پکڑیں اور اس مقام سے اوپر قرنیہ کے ہم مرکز شگاف



۱ نوک دار زهره‌ای قلمچی
۲ ماهر قوی‌گوئی قلمچی

چونکه اسمبلیک به عمل کوشی نه

کے ذریعہ قلم کا ایک پردہ بنا میں اور اس کو پیش کی طرف قریب تک مصیبت سے لگ کر لیں۔ پھر اس کو قریب پر آگے دیں۔
 اس وقت ہر طرف کھڑے ہوں اور اپنی سوا ابھری کے ذریعہ رکھنا بہت دیں۔ نیز قلم کا قلم کو قلم سے لیں اور یہاں
 کہیں کہ قلم کے تپنے کو پتہ ہو سکے اس میں سوراخ نہ ہو جائے۔ اس طریقہ سے قریب کا کٹا رہا ہر پہلو پر بہت بہت
 قریب کے اندر بھی رہی رکھ جائے۔ تاکہ قلم کے سوراخ قریب کے قلمی پتہ بھی اس کے ۲ ملی میٹر تک یا قلم کے سوراخ
 کے قلم میں۔ اب اس وقت پر قلم کو اس طرح لکھیں کہ قلم بنا سے وہ نہ بھٹکے قریب پر و بھٹکے مصیبت پر بہت۔ اس کو
 کھانک کر قریب قلم کے اندر سوراخ بنا دیں۔ یہ قلم نہ مقدم میں چونچا بہت قلم بنیں کو در۔ کو جس میں ہو۔ بہت بہت
 قلمی بہت ہو جائی ہے۔ در ہر طرف میں دیکھ کر ہو جائے۔ اس وقت قلم کو بنا میں اس سوراخ میں سے ایک چھوٹا قلم
 لکھنی دیتا ہے۔ در چھٹی کڑا سنے کی حالت بہت گویا کہ قلم کے اندر بہت مصیبت کے کٹا۔ یہ دیکھ کر بہت بہت
 قلمی در اس قلم کے ہوتے قلم کو۔ ایک مٹی تپتی سے پکریں۔ در دونوں کو ڈاکر قلمی سے کات کر لگ کر دیں۔ اس صورت
 میں قلم کے اندر ایک سوراخ کی طرف قلمی کے قلمی قلم میں کٹا ہوتا ہے۔ مذکور قلم حال میں کٹا۔ کو پائے۔ قلم کے
 ہونے پر اس کو پیش کی طرف کھینچنے کے تاکہ اس کے اندر سوراخ نہ ہو جائے۔ در یہ ایک نظر رکھنا۔ نہ ہو گا۔

سوراخ بنا سنے کے بعد قلم کے پردے کو اپنی جگہ پر واپس لاکر در مٹی مقام پر ایک کٹا لگ دیں تاکہ یہ اپنی جگہ
 رہے۔ یہ ہو جائے۔ یہ قلم کو لگ کر دیں۔ جہن کو زخم کے اوپر سے چلک کے بالوں کو پکڑ کر لگائے رکھیں۔ در سی طرف
 جہن کو پیش کر لکھ کر بند کر کے پٹی باندھ دیں۔

قلم قلم کے بعد القاب قلمی نور الاحق ہوتا ہے اس سے پریشانی کے اور سے۔ در سے قلم تک تکیوں میں رہا ہیں
 ڈسے رہیں اس پریشانی کی خبر بیاں ذیل میں بیان کی جاتی ہیں۔
 ۱۔ سوراخ بہت زیادہ وسیع میں ہوں کی وجہ سے طبیعت زہاجیہ خارج ہو جائے۔ در زرد و مدہم ہوا قلم کے چھٹے قلم
 کی یعنی سافٹ میں پٹن جائیں۔

(۲) قلم کے پردے میں سوراخ ہو جائے۔

(۳) قلمی قلمی قلم کا خزانہ مقدم کے اندر چونچنا۔

(۴) زخم کے اندر قلمی کا ظاہر نہ ہونا۔ اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ آدھ قلم کھنکھاتا ہے جس کی وجہ سے قلم بہت قلمی

سے بہت ناپاچ ہوتی ہے مذاہبہ زخم کے اندر نہیں آتا۔

جد کے حواصن حسب ذیل ہوتے ہیں

(۱) استہاب عنبہ -

(۲) مشیمہ کا اکھڑانا -

(۳) عنبہ جسم ہونی مدد سے زخم جیہ کی وجہ سے زخم کا بھرنانا -

(۴) یعنی ندبی سافت کی دہارت کی وجہ سے ترشح کا نہ ہونا -

بعض ماہرین سورج کرنے واسطہ کے ذریعہ قدم قطع صلیبہ کا عمل بھی انجام دیتے ہیں، اس کی باہر ہوتے سے
نیکل بہت عریض کی ہے بعض ماہرین نوخیز صلیبہ کے بجائے نوخیز صلیبہ کا عمل شبکیہ کے اٹھانے کی صورت میں اختیار
کرتے ہیں۔

صلیبہ عنبہ کے اعمال جرحیہ قطع عنبہ - (iridectomy) اس میں عنبہ کا ایک حصہ کاٹ کر الگ کر دیا جاتا

ہے اس عمل کی مندرجہ ذیل حالات میں ضرورت ہوتی ہے -

۱۔ جب عنبہ کسی زخم یا سورج کے اندر سے باہر نکل رہا ہو۔

۲۔ قریب مدد کے ذریعہ مستقل سحابی کیفیت ہو تو کسی دوسری جگہ مصنوعی مدد بنانے کے لئے۔

۳۔ ذوق اندر - (۴) موتی بند کے آپریشن میں مدد کے نکلنے سے پہلے۔

۵۔ مدد ناصاف نوخیز پیدا ہونے وقت - (۶) قریب کی یعنی ندبی سافت جب باہر کو پھوٹی ہوئی ہو۔

۷۔ عنبہ کے اندر سے جسم غریب یا گیس یا مائع کے نکلنے کے واسطے۔

زخم یا شکاف کے اندر سے باہر نکلے ہوئے عنبہ کو قطع کرنے کا عمل - اس عمل کے سے مندرجہ ذیل
ادواروں کی ضرورت ہوتی ہے -

۱۔ انسان پہنچ (۲) نقلہ میں وقفہ کر کے والی چھنی - (۳) عنبہ کو پکڑنے والی ۲ چھیاں

۴۔ ماہر اوپر کی قہنی (۵) عنبہ کو وپس کرنے والا سو، ط۔

اگر مریض بچہ ہو بہت زیادہ عصبی المزاج ہو تو اس کو کلوروفارم سنبھال کر بیوش کر لیں اور نہ کوکین ہی کی تخدیر کافی ہوتی

رہے، ستر پر مریض کو نادیں اور دواؤں کی پی مریض تک باندھتے رہیں۔

قرنیہ کیس کا علاج بھی آرام و سکون اور دباؤ والی پٹی ہے، اگر یہ کام ثابت ہو تو اسی کیس یا پتیلی کے اندر سوراخ کریں اور اس کا علاج سورن وار قرنیہ قرنیہ کے، تند کریں۔

منہ خرمی قطع غبغبیہ - (Optical trideotomy) یعنی مصنوعی طور پر حدقہ بنانا بعض اوقات مقامی طبیخیاتی قرنیہ یا حدسہ میں ہوتی ہیں جن کی وجہ سے آنکھ کے اندر روشنی کے داخل ہونے میں رکاوٹ ہوتی ہے، اس کے اندر رک کے واسطے غبغبیہ میں ایک طرف مصنوعی حدقہ عین بنادیا جاتا ہے، تاکہ قرنیہ اور حدسہ کے شفاف حصہ سے جو کہ اس مصنوعی حدقہ کے باطن بل واقع ہیں روشنی گذر کر کسی حد تک بصارت کو برحادثے، مگر اس عمل سے پہلے بخوبی یہ معلوم کر لینا چاہیے کہ جو ساختیں بصارت سے متعلق ہیں وہ اپنا کام صحیح طور پر انجام دیتی یا نہیں، یعنی شبکیہ کا ذریعہ انعکاس وغیرہ صحیح ہے یا نہیں۔ اس عمل میں مندرجہ ذیل امور کا خیال رکھیں۔

۱، جہاں تک ممکن ہو مصنوعی حدقہ تنگ بنے، تاکہ زیادہ روشنی اندر داخل ہونے سے مریض کو چونک کی شکایت

نہ لائی ہو۔

شکل ۳



۲، یہ سوراخ بہت ہی کنارے تک نہ پھونچے۔ بخیر یہ سے جو مقام بہت ہی سمجھ گیا ہے وہ نیچے اور اندر کی طرف کا ہے، مگر قرنیہ کی کوکبی سفیدی میں قرنیہ کے شفاف حصہ کے پیچھے مصنوعی حدقہ بنایا جائے، لیکن جب قرنیہ کا نہت اور پر کا حصہ شفاف ہو تو اس صورت میں مصنوعی حدقہ کا بنانا بیکار ہوگا کیونکہ قرنیہ کا یہ حصہ بامانی جن سے ڈھکا رہتا ہے۔

زمرہ ۱۱ یعنی کڑاؤ کی کل منظری قطع طبعیہ میں دکھائی گئی ہے۔

۳، اس عمل کے واسطے مندرجہ ذیل اوزار و کار ہوتے ہیں۔

۱، منہ خرمی قطع غبغبیہ (۲)، قائم کرنے والی دو چٹیاں (۳)، ٹیڑھا مثلثی قرنیہ چاقو (Bent keratome)

(۶) مساوط غبغبیہ

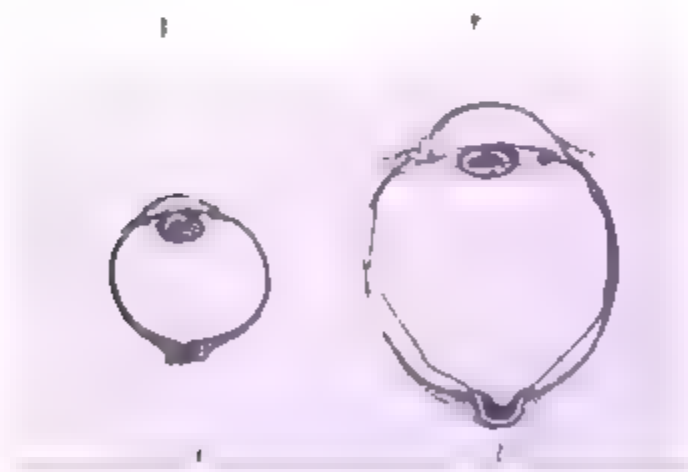
(۵) ڈوکیر قلعی

(۷) مینی پٹی یا مینی بک

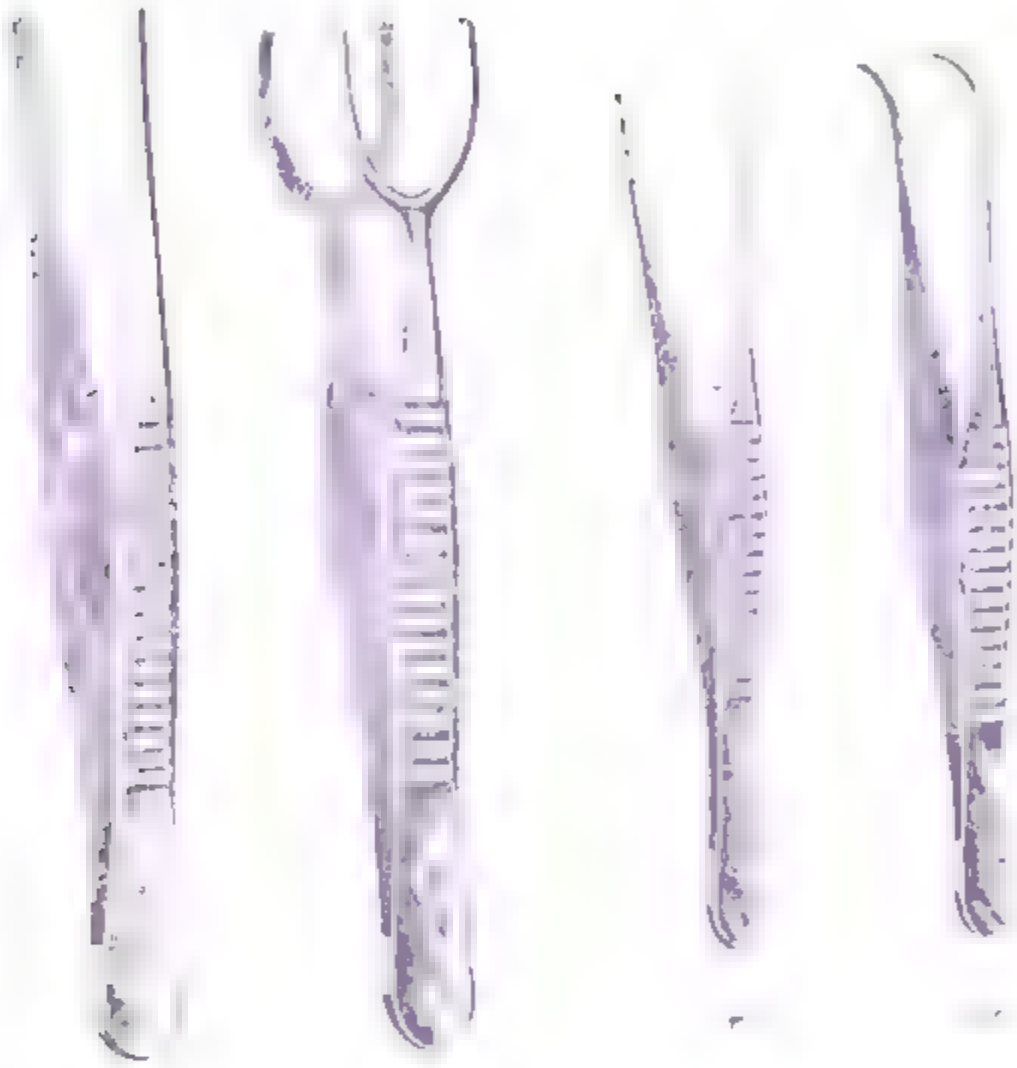
آنکھ میں تحدیر پیدا کرنے کے بعد مثلثی چاقو سے قرنیہ کی سطحی ظاہری جوار اتصال پر یا اس کے ذرا اندر کی طرف ایک شرائط دیں۔ مگر چاقو کی نوک وسط غبغبیہ کے متوازی رکھیں، چاقو کو اندر کرتے جائیں تاکہ کافی اندر تک چل جائے



مشکل چنانچہ ۲۰۰۰ سال پہلے ہی میں شہادت دیا جا رہا ہے



- (۱) نوز الہدہ بچہ کی آنکھ کا طبعی حجم •
- (۲) استسقاء مقلہ میں •



۱. ماحر فراسس کی قائم کرنے والی چمکی

۲. ماحر فراسس کی قائم کرنے والی چمکی

۳. عذیبہ کی سونپنی چمکی

۴. عذیبہ کی تھوڑی چمکی

کی سہولت ہوتی ہے کہ چونکہ تہ تر میں سے بڑے ہونے کی حالت میں تھوڑی تھوڑی پیدا کر سکتے ہیں تو کچھ محلول کا کافی جذبہ
 فانیہ میں نہیں ہوتا۔ یہی صورت ہے کہ جب یہ تہ تر میں سے بڑے ہونے کی حالت میں تھوڑی تھوڑی پیدا کر سکتے ہیں تو کچھ محلول کا کافی جذبہ
 کے لئے درود بخیر۔ کہ بڑے بڑے کی حالت میں کہ جو کافی ہے۔ ان میں سے بعض مریضین یا مخصوص مریضین ان کتاب غیبیہ
 اسے مریضوں کے تابع فانیہ میں کہیں نہیں سکتے ساتھ نو دین کی زیر تحفہ تیغ سے بھی ہم تھوڑی مریضوں میں مدد حاصل کر سکتے ہیں۔
 مریضوں کی نو دین کے بند قشر سے جہاں پر پریشن کرنا ہو اس کے ٹیپٹی قرونی حصہ کے ٹیپٹے قشر پر
 دروند تک نکالتے کہ بڑے کے جدا پریشن شروع کریں، اگر مریض ذوق الما میں تو تہ تر میں بہت زیادہ ہو تو معتمدی بخیر
 کافی ہوتی ہے۔

نہ دوری اوزار۔ (۱) مفاح بہن (۲) قائم کرنے والی چھنی دود (۳) کم چوڑے پھل والا گریٹ کو تیار
 رچاؤ۔ Narrow graefe cataract knife (۴) مٹی چھنی (۵) ڈو گریٹ چھنی۔ اوپر کی طرف غیبیہ کو
 کاتے کے سے باہر نافور ڈکا مفاح بہن (Lawford's speculum) یہ باہر مینگ کے مفاح بہن
 Lang's speculum سے زیادہ بہتر ہوتا ہے۔

مرجن کو مریض کے سر کی طرف کھرا ہونا چاہئے، دایں ہاتھ سے دائیں آنکھ میں اور بائیں ہاتھ سے بائیں آنکھ میں
 شگاف دیں۔ اور اگر صرف دایاں ہاتھ استعمال کرنا ہو تو مریض کے سر کی طرف کھڑے ہو کر دایں ہاتھ سے دائیں آنکھ میں
 شگاف دیں اور بائیں آنکھ میں شگاف دینے کے لئے مریض کے بائیں طرف ماسٹہ کو کھڑا ہو کر دایں ہاتھ کو ہاتھوں
 کریں، اجفان کو دھوپ کے بعد ٹیپٹے کو خوب صاف کریں، اجفان کو، یہ تہ تر صاف کر کے صاف کر کے بورک محلول یا
 نکلیں سیال سے خوب دھوئیں، اس کے بعد ٹیپٹے کو صاف کر کے مفاح بہن کو اجفان کے اندر قائم کر دیں، بائیں ہاتھ میں
 تہ تر کرنے والی پی ریکٹر آنکھ کو تہ تر قرونی حصہ کے ذریعہ ہر اور نیچے کی طرف اس سے پکڑ کر قائم کریں مگر یہ بائیں آنکھ کے
 لئے بیان کیا گیا ہے۔ اس آنکھ کے لئے اندر اور نیچے کی طرف کریں، یہ خیال کیجیں کہ آنکھ کو کسی جگہ پر قائم رکھیں پریشن
 کے دوران میں ٹیپٹے دیں۔ دائیں بائیں پاتھوں میں گراس کا گند چھو مریض کی طرف نہ ہو۔ یہ بڑے دست غلطی ہوگی اگر چاقو کا
 گند چھو مریض کی طرف رہے گا کہ گند بڑے کو داخل کر کے گا یہ ذکا انوکھا کر پھل داخل کرنا پڑے گا۔ چاقو کا پھل غیبیہ کی
 سطح سے متوزی ہو۔ اب اسکو قرونی سطحی جدار اتصال سے کم از کم ایک ملی میٹر اور مریض ذوق الما میں دو ملی میٹر باہر کی

ذات بنا کر فعل کیا جائے۔ اس کا مفاد مرنے کے لئے ہے۔ اس سے پہلے کہ اس کے لئے یہ ہو جائے کہ یہ بہت بڑا
نشر فی مقدمہ میں پوچھنے کا تو قرنیہ و تعبیر کے اندر موجود ہے۔ اس کے لئے یہ ہو جائے کہ اس کا سبب
زیادہ روشن نظر نہ ہو سکے تو ہو سکتا ہے۔ عقلی سے اس کو انیس کے بعد اس میں کیا ہو جائے۔ اس کے بعد اس میں
نہ فعل ہوا جو جب صحیح طور پر نشر فی مقدمہ میں ہو گیا ہو اسے تو ایک اس کے بعد اس میں کیا ہو جائے۔ اس کے بعد اس میں
پاؤں، ہاتھ کے لئے دوسرے شکات ہیں۔

حاذر ذوق المار میں خزانہ مقدمہ بہت گہرا ہے۔ اس سے پہلے کہ اس کے اندر دوسری طرف ہاتھ
یہ بہت مشکل ہوتا ہے۔ اگر غصہ یا اندسہ جرت ہو جائے تو یہ بڑی غلطی ہوگی۔ خزانہ مقدمہ کا سب سے گہرا غصہ یہ ہے کہ
ہے اس سے پہلے کہ نوک کو محبت پرست دوسری طرف سے ہوا، اس میں ہوتا ہے۔ ہاتھ کی طرف سے ہوا سینہ ہوا۔ اس کی
ساق ہاتھ کی پشت کے ذریعہ منبیا کو۔ اس کے ہاتھ ہوا ہے۔ ہاتھ ہاتھ کی طرف سے ہوا۔ اس کو اور ہوا
ہاتھ کی میزنگ نکل میں، اور اس کی طرح، ہر سے، ہر سے آہستہ سکو حرکت، اس سے ہوا تو وہی وہی ہوا۔ اس
کے ساتھ ساتھ اوپر کی طرف بھی ہیں، اگرچہ تو تیز ہو تو نہایت خفیف دیر کی ضرورت ہوتی ہے۔ دوسرے دوسرے
سے، اند حرکت کا عمل میں لانا ضروری ہے، کیونکہ تیز سے تیز ہوا تو بھی گریٹ کے غور کے ساتھ دیا جائے
تو بھی یہ جگہ گئے میں نہیں آتی، ان حرکات کا یہ بھی فائدہ ہوتا ہے کہ شکاف قرنیہ و تعبیر کے لئے ہوا۔ اس سے
جب یہ ہاتھ میٹر باہر رہے تو دونوں طرف سے محکمہ کا کچھ حصہ گٹ جاتا ہے۔ دراز میں دستیں اس کا کچھ حصہ بننے کے
ہوئے۔ ہوتا ہے اب چوتھ تیز گزارہ سانس کی طرف گریں اور نہ ہی حرکات سے محکمہ کا کچھ حصہ بھرا پردے کا کٹاؤ
اس دوران عمل میں یہ خیال رکھیں کہ قلم کرنے والی جہی کی نوک مقدمہ میں کو اندر کی طرف نہ دیا جائے جو شکات
کی طرف بہت زیادہ متوجہ ہو جانے کی صورت میں ایسا ممکن ہوتا ہے۔ اندر کی طرف سے ہوا۔ ہاتھ کے مدد سے
جہی نفع ہو جاتا ہے یا نہ ہو بالکل باہر کی طرف نکل پڑتا ہے، اب ہوا گارے میں کہ کچھ کو قلم کرنے والی جہی کے
ذریعہ قائم کئے رہے اور ساتھ ہی اس کے نیچے کی طرف کھینچے، اس میں زیادہ سمجھ و بوجھ کی ضرورت ہوتی ہے۔
آنکھ کو بالکل نیچے کھینچ لیا جائے تو زخم کے سبب کھل جاتے ہیں۔ مگر آنکھ کو نیچے اوپر کھینچنے کی طرف سے یہ عمل
کرنے والی جہی کی صورت نوک کے ذریعہ انجام دیا جائے۔

مرین مینی تپسی : میں : تو میں یہاں سے دور ڈیکر تپچی دائیں بائیں مٹھرونی کے پھوٹے سے مددگار نہایت
 مینا کے ساتھ ملے ہو، مٹھرونی کے سر پر تپتی ہے۔ مینا پہنچے ہو، یہ چاٹو کی پشت کے ذریعہ نہ پٹ دیا گیا
 اس کے بعد مینی تپسی بند کر کے زخم کے اندر داخل کی جاتی ہے۔ یہاں تک کہ اس کی نوک ہری اور مٹھرونی کنارے تک
 پہنچ جاتی ہے۔ قرنیہ کے مٹھرونی قطر سے ذرا ہٹ کر مینی کو کھوسے ہیں۔ قرنیہ کو پڑا کر باہر کوئے آئے ہیں چپٹی کے
 د میں بائیں سے غنیہ کو کاٹتے ہیں۔ گویا کہ یہ مینی کما دکا دیں گے۔ مٹھرونی کے بعد غنیہ کو کھینچ کر بائیں طرف
 سے ہٹاتے ہیں۔ اس حرکت سے غنیہ اپنے ہری کنارے پر پھٹ جاتا ہے، پھر اسکو دائیں طرف کھینچتے ہیں تاکہ ٹیگاف
 کے بائیں کنارہ میں نہ پھنس جائے۔ درازا دکا کر کے کوٹنی کے کٹ دیتے ہیں، اس گٹاؤ سے مصنوعی مٹھرونی کا بایں
 گٹاؤ بن جاتا ہے۔

ب سرچن آٹھ کو اپنی جگہ پر قائم رکھتے ہوئے مسواط کو زخم کے اندر داخل کرتا ہے، اور اسکو قرنیہ و غنیہ کے
 درمیان ایک طرف کو اور اس کے بعد دوسری طرف کو لے جاتا ہے، اور شعاعی طریقہ پر آہستہ آہستہ باہر سے مرکز کی
 طرف مسواط سے غنیہ کو درست کرتا ہے، اسی طرح دوسری طرف بھی مسواط سے غنیہ کو اپنی جگہ پر درست کرتا ہے۔ پھر
 کا یہ مٹھرونی مٹھرونی اور نہایت ضروری ہے، جب مٹھرونی اپنی قدرتی حالت میں ہو گول دکھائی دے اور گٹاؤ مٹھرونی
 مٹھرونی سے نظر آوے تو اس کے معنی یہ ہیں کہ مصنوعی مٹھرونی کے معنی کنارے کیس پر پھنسے ہوئے ہیں رہ گئے، اب مٹھرونی کا
 گٹاؤ ہوا آہستہ جواب تک پلٹے ہو، قرنیہ پر رکھا ہوا تھا اسکو مٹھرونی کے ذریعہ مٹھرونی کے اوپر اپنی طبعی حالت میں واپس
 لے لیں۔ مگر خیال کیجیے کہیں یہ اپنے اوپر ہی لپٹ کر نہ رہ جائے۔

اس کے بعد مددگار مٹھرونی کو الگ کر دیتا ہے اگر کچھ بچہ خون موجود ہو تو مٹھرونی کے پھوٹے سے صاف کر لیتا ہے
 مددگار کو چاہئے کہ مٹھرونی کو الگ کرنے کے بعد بالائی جفن کو پٹے رکھے تاکہ اس کی وجہ سے مٹھرونی کا مٹھرونی پھر اپنے
 مقام سے ہٹ کر نیچے نہ چلا آوے، اس کا خیال رکھتے ہوئے آہستہ سے جفن کو چھوڑ دیں اور مددگار کا پٹا آنکھ پر رکھ کر
 پٹی باندھ دیں۔ پٹی دونوں آنکھوں پر باندھ دی جائے دو روز کے بعد مٹھرونی آنکھ پر کی پٹی کھول دی جائے، خاص غرض
 جو اس پٹیشن کے سلسلہ میں پیدا ہوتے ہیں ذیل میں درج کے ہوتے ہیں۔

دعا خزانہ مقدم میں نزف الدم کا ہونا۔ عموماً یہ خطرناک نہیں ہوتا، مگر تکلیف دہ ضرور ہے۔

شق عنبیہ: یہ کسی حصّہ کے کاسے کے عنبیہ کے اندر صرف شگاف دینا۔ (Iridotomy) اس عمل کو
 اس وقت انجام دیا جاتا ہے جبکہ یہی مدتہ میں بند ہو گیا ہو یا عنبیہ کے پچھلے زخم کے اندر آ جانے کی وجہ سے عنبیہ گھاؤ کے
 گھارے زخم کے نزدیک نہیں ہیں اس عمل جراحی کا طریقہ ذیل میں بیان کیا جاتا ہے۔

ذنیہ کے عنبیہ کے نزدیک مناسب مقام پر ۳ یا ۴ ملی میٹر چوڑے شگاف شمشجی چاقو کے ذریعہ دیا جاتا ہے۔ اس کے
 واسطے عنبیہ باقیہ زیادہ مناسب ہوتی ہے۔ اس شگاف کی سمت اور مقام اس مقام سے مطابق ہو جہاں پر طبقہ عنبیہ
 میں سوراخ کرنا منظور ہو۔ اس کی رفتار ششانی ہوگی اس سے عنبیہ پھینکی کو کھولنا اور بند کرنا آسان ہوتا ہے اور شگاف کے
 سبب بھی مجروح نہیں ہوتے۔ ذریعہ شمشجی جس کا ایک پھل نوک دار ہونے کے اندر سے خزانہ مقدم میں بند کر کے بچاوتے
 ہیں۔ نوک دار پھل عنبیہ کے اندر زور کے ساتھ گھومتے ہوئے نفی طور پر آگے بڑھاتے ہیں اس کے بعد دونوں پھلوں کو
 بند کر دیا جاتا ہے۔ اس گھاؤ سے عنبیہ کے پچھلے ہونے الیاف کٹ جاتے ہیں اور اس کے بعد سکرٹا جاتے ہیں جس سے
 مصنوعی طور پر مینومی سوراخ بن جاتا ہے۔

اس عمل کو "زیگلر" سے چاقو (Ziegler's sickle knife) سے آہ کے مانند حرکات
 کے ذریعہ بھی انجام دے سکتے ہیں۔

بعض اوقات شمشجی چاقو سے شگاف دینے کے بعد اس کے اندر سے ہک کے ذریعہ عنبیہ کو کھینچ کر کٹتے ہیں اس
 سے بھی مدتہ بند نہایت، مگر اس طرح عنبیہ کا ایک حصّہ گویا کہ کٹ جاتا ہے۔ بغیر کسی حصّہ کے کاسے ہونے عنبیہ کے اندر
 مینومی حصّہ نہ ہونے کی پوشش شش غموکان کام ہوتی ہے، حصّہ نما موثر الصاق کی حالت میں جبکہ عنبیہ باہر کو کھولا ہوتا ہے
 تو اس کو درست کر کے اسے شق عنبیہ کا عمل کیا جاتا ہے جس کے واسطے نزول الماء والگرفین کا شتر استعمال کئے
 جاتے ہیں اس کا طریقہ یہ ہے کہ خزانہ مقدم میں اس شتر کو بچا کر عنبیہ کے اندر ایک طرف سے سوراخ کرتے ہوئے گزرتے
 ہیں اور پھر دوسری طرف عنبیہ و قرنیہ دونوں میں سے اس کو نکالتے ہیں، اس کے بعد قطع عنبیہ کا عمل ان سوراخوں کو
 لٹکانی نسیاب کے بند کر دینے سے پہلے انجام دیتے ہیں۔ یہ سوراخ انشجانی ترشح سے بہت جلد بند ہوتا ہے۔
 مقدمہ الحافات کا قطع کرنا بھی ایک حیثیت سے شق عنبیہ کا عمل کہا جاسکتا ہے۔

عدسہ کے متعلق اعمالِ جرمیہ

عملِ ابرہ - عدسہ کو سونی کے ذریعہ مجروح کرنا یعنی اس کے عدسہ کو نشہ کرنے یہ عمل پندرہ سال کی عمر کے

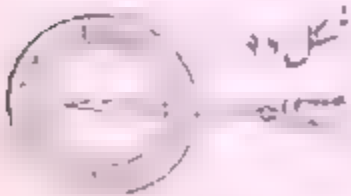
بعد شدادہ و درجہ کیا جائے

Discission or needling

بعض فاضلین ۲۵-۳۰ سال کی عمر تک سکڑ سکتے ہیں جن میں سے کئی عظیم دہ ہوتے ہیں کسے پرت دسے موتیا بندھیے یہ عمل مناسب ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ بعض غلطی موتیا بندیا شدید قصر بصر کی حالت میں بھی ہوتا ہے۔ ان دونوں کے پٹرن کے بعد موٹے شاموئی موتیا بند کے قطع کرنے کے بعد ہی ماہرین سکڑنا مٹیتے ہیں بخلاف ان کے خود میں کھوڑنا م سے مرعفیہ کو بیہوش کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ مائیکرو کین مخلول کے ڈسک سے بے کوئی درد نہیں ہوتا مگر پورے میں ٹپکے بغیر عمومی تخذیر کے اس عمل کا انجام دینا ممکن نہیں ہوتا اس سے کھوڑنی رمرستہ بیہوش کر کے ان کی ضرورت پڑنی بہت سے اپریشن سے پسے ایڈر دین ڈال کر عدسہ میں کو کمال طور پر منبسط کر دینا چاہیے۔

ضروری اوزار - (۱) منحنی ایجن (۲) قلم کرنے والی چپتی (۳) موتیا بند کی سونی (Cataract needle) بعض ماہرین چوڑے کاٹنے والے پھل کی سونی استعمال کرتے ہیں۔

اگر دن کی روشنی میں عدسی سحابی کیفیت نظر نہ آوے تو اندھیرے میں تو یہ موتیا بنی سے نکلتے اس عمل کو انجام دیا جائے۔ سرجن مرعفیہ کے سر کی طرف کھڑا ہو۔ عینہ کو حسب دستور خوب دھو کر ہاتھ کریں۔ اس کے بعد منحنی ایجن سے جھانک کر کھول دین اور عدسہ میں کو شیشے والی نذر کی طرف پکار کر قلم کر دیں چپتی سرجن کے بائیں ہاتھ میں ہو۔ موتیا بند کی سونی کو بخفی قریبی عدسہ کے باہر قریبی صلیبی چارہ اتصال سے گزرا کر نذرہ مقدم



عملِ ابرہ کو جب سونی کے ذریعہ سبب دینے کا طریقہ۔

میں داخل کریں۔ سونی کو داخل کرنے کا مقام قریب کے افقی نظر سے زیادہ اوپر واقع ہو۔ سونی غصیہ کی سطح کے متوازی داخل کی جائے اور خزانہ مقدم میں بالکل مقابل بائیں سے جانی جائے۔ یہاں تک کہ عدسہ کے پچھلے سرے تک پہنچ جائیں۔ اس وقت سونی کے دستہ کو ذرا اوپر کو اس قدر اٹھائیں کہ خلاف عدسہ کے نذر

سوں و فعل ہو جائے۔ پھر اس دستہ کو اس طرح حرکت دیں کہ دستہ اور سوئی کی نوک ایسے دائرے کی قوس کے اندر حرکت کریں جس کا مرکز قزوی صبی جا ہے۔ اُن نقطہ پر جو جہاں سے سوئی داخل کی گئی ہے اس طرح کرے سے ایک انحنی کم بیش عمودی ٹنگانے غلاف مددہ میں ہو جائیگا۔ اب دوسرا ٹنگانہ اس پہلے ٹنگانے سے ٹھیک زاویہ قائمہ بنا کر جوئے دیا جائے۔ اس کے واسطے سوئی کو ذرا باہر کی طرف کھینچیں تاکہ وہ مدسی غلاف سے کل آوے۔ اب اسے مددہ کے بائیں طرف سے بائیں در رہے دستہ کو یہ قدر اوپر کی طرف اٹھا کر گھمائیں تاکہ سوئی کی دھار غلاف کے ساتھ لگ جائے۔ سوخت گرا آہستہ آہستہ سوئی کو باہر نکال جائے تو مدسی غلاف کے اندر ایک انحنی ٹنگانہ ہو جائیگا۔ جب یہ ٹنگانہ کافی برا ہو جائے تو سوئی کے دستہ کو نیچے دبائیں تاکہ اس کی کاسٹے دانی دھار اوپر کی طرف ہو جائے۔ اب سوئی کو جلدی کے ساتھ نکال لیں۔ چونکہ غلبت کے ساتھ نچاٹے سے رطوبت مانی ضائع نہیں ہوتی۔ اگر رطوبت مانی زیادہ ناپ ہو جائے تو قزویہ کے ساتھ غلبہ کا الصاق مقدم ممکن ہے ایڑ دھین کا مہمہ آنکھ میں لگا کر بیٹی باندھ دیں۔

صلاج بعد میں نہایت ضروری ہے کہ مددہ میں کو خوب منبسط رکھا جائے، دانت میں دو تین مرتبہ ایڑ دھین کا مرکب لگائیں یہ دماغ سے کہ اس آپریشن کے بعد ہمیشہ کچھ بدنی رد عمل پیدا ہوتا ہے۔ مدسی الیاف کے جوئے کی مقدار غلافی اشتقاق کے پڑا چھوٹا جوئے پر منحصر ہوتی ہے لیکن مختلف عددوں میں یہ مختلف ہوتا ہے، صادق صفتی نزول الما میں رد عمل بہت خفیف ہوتا ہے، مددہ یا ایڑ دھین کا بالکل اثر نہیں ہوتا۔ اگر باہر میں مددہ کو گھرج کر نکالنے کا عمل نہ کرنا پڑے۔ تو پہلے آپریشن میں ٹنگانہ بہت چھوٹا دیں۔ اور اگر یہ عمل کرنا مقصود ہو تو ٹنگانہ جس قدر بڑا ہو سکے دیں۔ سوئی کو اوسط درجہ تک مددہ کے اندر بھی داخل کریں اور اس کے ذریعہ مددہ کے ریاف کو بھی توڑ دیں لیکن اوقات حدت امید مددہ بہت زیادہ ہونے پر بہت زیادہ مقدم میں ردی کے گالے کے، نڈنکر سے نڈا آتے ہیں۔ قزوی حید پر استعان نمایاں ہوتا ہے تو زمین پر دھاتا ہے اور اس کے ساتھ وہ پایا جاتا ہے۔ تو تیرہیں بعض اوقات جو تک لگانے کے بعد چند گھنٹوں میں کم ہو جاتا ہے اگر اس طریقہ سے کم نہ ہو تو اس سے نہ کرنے کا قزوی انتظام کرنا چاہئے۔ درنہ ثانوی ذرق الما کی وجہ سے بصارت ممانع ہو جائے گی۔ اگر مددہ کے ذریعہ بد میں آپریشن نہ کیا جائے تو دھین مددہ سوئی کے ذریعہ آپریشن کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ تب اس کے بعد مددہ کا رنگہ صاف ہوتا ہے یعنی سیاہ سورخ ہوتا ہے اس آپریشن کے بعد غشوں اور بعض دانت مینوں کا دانت مددہ سے جذب ہونے میں لگتا ہے۔ تو میں یہ عمل اس طرح کرنا پڑتا ہے جیسا کہ ثانوی نزول الما

اصول ۹ تا ۱۲

۶ و ۷ و ۸ میں تونہ کو کم چاء نے لئے چاہئے اور اسے لہو چاہئے۔

۹ چربی سوئیہ جس کو مسجونہ میں استعمال کرتے ہیں •

۱۰ اصل سوئیہ کے لئے مسجونہ میں سوئیہ جو کہ خاصی حد تک داخل کرنے کے بعد رک جانے والی ہے •

۱۱ خواہ مقدم کے اندر سوئیہ کرنے کے سوئیہ •

۱۲ سوئیہ کے سرور میں سوئیہ (درجہ) کے رنگ سے مشابہ ہو کر جانا ہے •

قرن سے سویوں کو گندہ کراندر سطح بچاتا ہے کہ ان کی پیپٹی سطح پر گورہتی ہے۔ دونوں سویاں ایک دوسرے سے
— غائب ہوتی ہیں۔ درختی محور میں اندر داخل کی جاتی ہیں۔



ان کے درمیان مدد پر گورہ سے یہ ن کا کانٹے والے کنارے غلاف
کی طرف ہوتے ہیں۔ یہ ن دونوں سویوں کو اس غشاء
کے اندر دونوں طرف سے داخل کیا جاتا ہے، اس کے بعد

دونوں کے دست کیے۔ یہ اوپر کو اٹھاتے ہیں۔ دیر بعد ہی سے ان کو نکال لیا جاتا ہے۔ تاکہ رطوبت مانی زیادہ خارج
نہو پھر یہ دونوں آنکھوں میں ڈالکر اس پرانی یا ندرہ دی جاتی ہے۔ اس عمل کے بعد داخل شدہ دونوں درہوا کرتا ہے۔ مگر جب
بدانی اپریشن میں کوئی خرابی ہوتی ہو تو ممکن ہے کہ اس کی وجہ سے ہی رد عمل کا ظہور ہو۔ ایسی صورت میں بعض اوقات
یہ مزید فراش آنکھ کے اندر شکر کی التھاب کے پیدا کرنے کا باعث ہو سکتی ہے۔

بیشمار بہت زیادہ سخت ہو تو شوق جنبیہ کی طرح اسکو پنچی سے کاٹ دینا ہوتا ہے۔

۱۰۰ کے ذریعہ ثانوی موتیا بند کو خارج کرنا۔ (Curette evacuation)
خطوط اور نکات کے ذریعہ ثانوی نرول امار کا اپریشن۔ سوئی کے ذریعہ اپریشن کرنے کے بعد خواہ یہ اپریشن
ذاتی نرول سے کرنا پڑے یا ضرورت کے لحاظ سے فوراً کرتا پڑے، بہر حال نیم عرصہ کا مواد مستزاد مقدم سے
نکال جاتا ہے۔

ضروری اوزار۔ ۱۔ مفتاح انجمن (۲) قائم کر کے ڈال پی (۳) ٹیڑھا شنگی نشتر (۴) ملحقہ (Curette)۔
دوا غلبہ جنبیہ کو اپنی جگہ واپس کرنے والا آلہ
تذیقہ۔ اس پریشن میں کافی نہیں ہوتی، مگر اس کی عدم کفایت مدد بخوں جسمی المزاج اور چڑچڑاہٹ
مریضوں میں ہوا کرتی ہے جن کو کلوروفارم دینا پڑتا ہے۔

ایرڈین کے ذریعہ مدد میں کو مکمل طور پر پھیلالیں، ۱۰ پر یا نیچے دونوں جگہ شگاف دینا جائز ہے۔ منجمد کو صاف ستور
خوب دھو کر آر مفتاح انجمن لگا دیں اور آنکھ کو قائم کر کے والی پسلی سے قائم رکھیں۔ شگاف نشتر کو قریب کے اندر ایک ہی میٹر
اس کے کنارے سے بہت کم داخل کریں۔ مگر داخل کرتے وقت اس کی دھار جنبیہ کی سطح کے متوازی ہو۔ نشتر کو اندر داخل

کشت ہریم یہ ایک کھٹکاف دینی مہم بہت سہل ہے۔ اس کی ایک کو مکیا سے سٹار پینے کی ایک مہم ہے۔
 اندر پہلی جاسے۔ پھر جیسے جیسے نشتہ کو باہر لے جائے۔ باہر سے قوی ٹرکاف کو دونوں طرف نشر کی جانی۔ اس کے ذریعہ
 بڑھ کر سٹے جائیں۔ اب معلقہ کے سٹے کے قوی ٹرکاف کے دونوں ہونے سے اندر سے جائیں، مگر خزانہ سے مہم کے ذریعہ
 نہ داخل کریں۔ قرنیہ کے سٹے ہونے پر تھوڑے سے پہلے سے پہلے سے اوپر کی طرف کو کسی دوسرے کشتہ سے دبا دے۔
 مہم کا موثر معلقہ کی ذی کے ذریعہ باہر نکل آتا ہے۔ پھر مدی مواد کھانسنے کی کوشش کریں۔ درندہ
 کے یہ معلقہ ٹوٹ جائیں گے اور مہم بہت زیادہ جیہ باہر نکل آوے گی۔ بقیہ مدی مواد خود بخود جذب ہو جائیگا۔ اگر مہم
 دن سب طور پر پہنچ ہو تو زخم کے اندر اس کے سٹے کا کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ اگر یہ زخم کے اندر چل آوے تو اسکو پانی
 بگھڑا دیں۔ سٹے داسے آلہ کے ذریعہ درست کر دیں یہ کہ اپریشن کے وقت اپنے پاس موجود ہو۔ آنکھ میں ہر دھن کا
 مہم مہم لگا دیں۔ درندہ دونوں ٹانگوں پر پانی باندھ دیں۔

عام طور پر اس اپریشن سے بدنی خرم کو بہت فائدہ پہنچتا ہے۔ جرحی صفائی کا خاص طور پر فائدہ لگے گی۔
 امار کے اس اپریشن سے ٹکڑے اندر مدوی پونچنے کا خطرہ رہتا ہے۔ متعدد امارات عنبیہ یا نشانی یا شریک سبب تین
 بھی اس کے نتیجہ میں لگ سکتے ہیں۔ مگر یہ بہت کم ہوتا ہے۔ بعض باہرین مذکورہ ہی طریقہ پر اپریشن کر کے نرم مہم کو
 نکالتے ہیں مگر اس سے قبل سولی کا اپریشن نہیں کرتے۔ مگر ہمارے خیال میں یہ ایک مصلی ہے۔

یہ سختی نزول امار کے اپریشن میں تھیں نہیں کرتے ہیں اور نہیں بھی کرتے۔ دونوں طریقے بیکل۔ یہ ہیں، مگر
 ہمارے خیال میں قطع عنبیہ کا عمل ضروری ہے یعنی ہر تھیں عنبیہ کا عمل نزول امار کے اپریشن سے۔ مہم پہلے کو دیتے
 ہیں۔ ہم اس کی سٹار صرف ایسے نزول امار میں کرتے ہیں جو پہلے نہیں ہوتے۔ اگر ایسی حالت میں اپریشن کرنا پڑے
 تو مہم کے متعلق یقین نہ ہو کہ وہ مہم ہے تو قطع عنبیہ سے بعد میں ٹکڑے کا رد عمل دیکھ کر ہم اس امر کا فیصلہ کر سکتے ہیں کہ
 نزول امار کا اپریشن کرنے پر ٹکڑے کی حالت تیز ہو جائیگی۔

ہر نزول امار کا اپریشن کرنے سے پہلے ضروری ہے کہ مہم درت سے مہم کے متعلق پوری طرح نشانی کریں کہ ان
 میں کوئی خرابی نہیں ہے۔ اگر کہیں دھبی کو باہر سے ٹکڑے کے اندر آنسو دہنی یا پیپ ٹمٹھ میں دالیں۔ اسے تو پہلے
 ہر سٹار تھیں پر اس کا تدارک کریں اس کے بعد اپریشن کا انتظام کریں۔

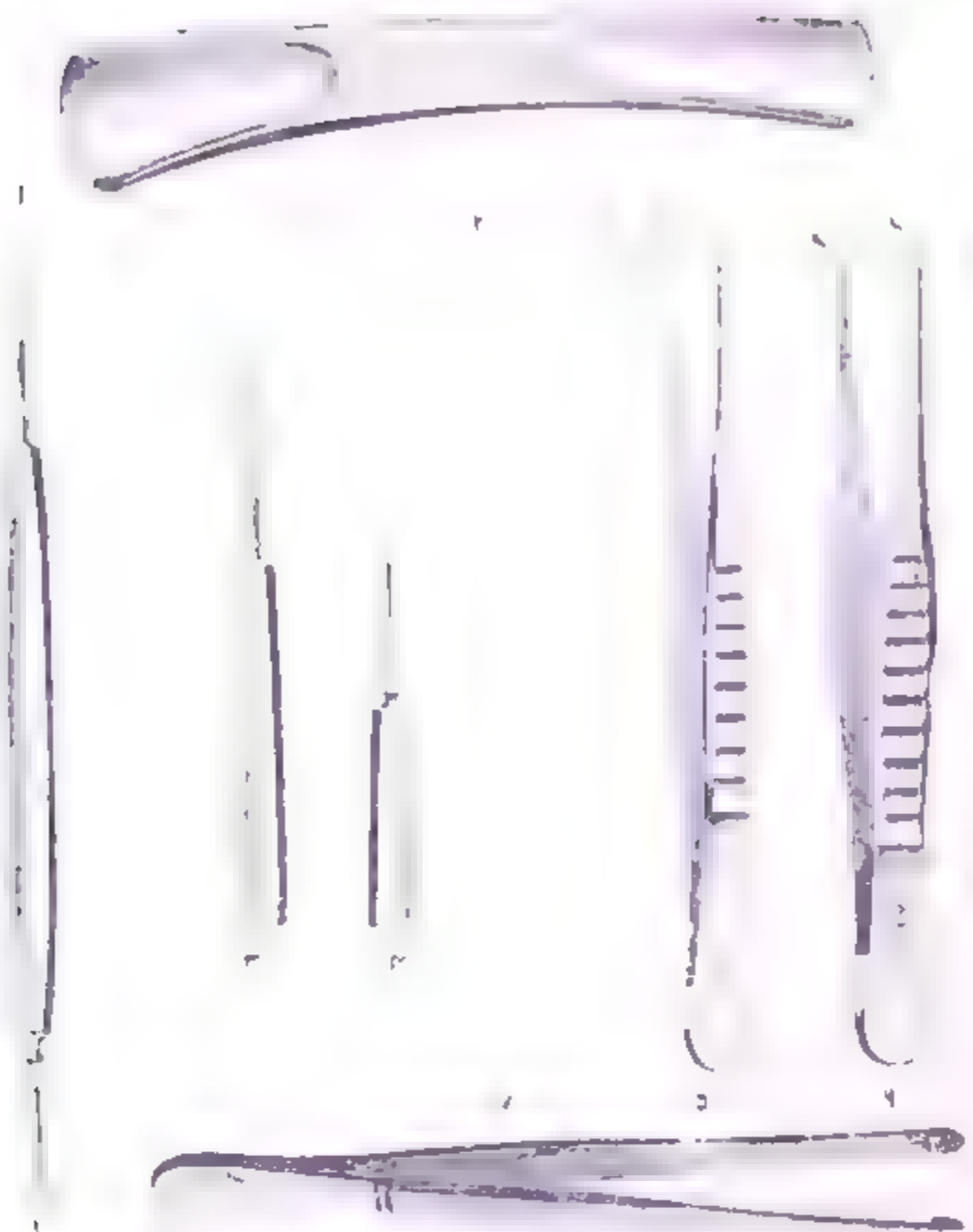
اگر کسی آنکھ کا پتہ نہ ہو تو مکمل علاج کر کے اس کو داخل کیا جائے اور اپریشن کر کے نئے پتلے اس کی جگہ
کا خود اپنی امتحان کر کے بعد اس امر کا فیصلہ کیا جائے کہ ٹمچہ جراثیم سے پاک ہے یا نہیں لیکن اوقات یہ عایت نہایت تخفیف
ہوتی ہیں۔ اگر کچھ ٹمچہ ہو تو پچھاری کے ذریعہ دیکھیں کہ تھوڑی انٹی نکلی ہے یا نہیں۔

اپریشن کے لئے مریض کی عام تیاری۔ مریض کو چھٹی صبح ۱۰ بجے اور نام ان تدابیر پر عمل پیرا
ہوں جو کسی بڑے پریشن میں اختیار کی جاتی ہیں۔

نزول اماں کا اپریشن قطع عینہ کے ساتھ۔ اس عمل کے لئے مقامی تخذیر کرنی ہوتی ہے مگر جب مریض کو اپنے
دوپر پور قابو نہ ہو تو دوسرے طریقہ اختیار کیا جائے۔ ہم فی صدی طاقت کا کوکین محلول آنکھ کے اندر بہرہ منٹ کے جسد
تین مرتبہ استعما کریں اور کوکین کے قطرات آنکھ میں ڈالنے کے درمیان میں آنکھ کو بند رکھیں۔ جب آخری مرتبہ آنکھ کے
اندر سکودا لیں تو ایک قطرہ دوسری آنکھ میں بھی ڈال دیا جائے، ایسا اس لئے کیا جاتا ہے کہ اپریشن کے دوران میں گور
پانی کا کوئی قطرہ دوسری آنکھ میں نہ جاتا ہے تو مریض زور کے ساتھ آنکھ کو پھینچ لیتا ہے جس کی وجہ سے سر کی محور پڑھری
آنکھ بھی پھینچ جاتی ہے۔ مگر جب کوکین کا ایک قطرہ دوسری آنکھ میں بھی ڈال دیا جائے تو نفاذ پانی کا قطرہ اس میں گر جانے
سے یہ ہوش نہیں پیش آتا۔ اس کے علاوہ یہ بھی فائدہ ہوتا ہے کہ مریض آنکھوں کو کھوسے رکھ سکتا ہے۔ درجہ پتہ کا قطرہ کم
ہو جاتا ہے عینہ المزاج مریضوں میں بہتر ہے کہ ان کے عینہ محیط جفنی میں کوکین محلول کی نتیجہ سے استفادہ پیدا کر لیں۔ ان مریض
کے دسٹے پر دلی گوسے سے ایک پانچ کے قاصدہ پر ذرا نیچے زیر بلدی تعلق کی جائے، اس نتیجہ سے عینہ دہی وہ مشاخ جو
عینہ محیط جفنی میں آتی ہے سترخی ہو جاتی ہے اگر مکمل استفادہ کی ضرورت ہو تو تیس دن قاصدہ کے اندر بھی کریں۔

جس آنکھ میں پریشن کرنا ہے اس میں اگر ایک قطرہ ایڈرینالین کا بھی ڈال دیں تو زیادہ مناسب ہے مریض کو مریض
کے سر کی طرف کھڑا ہونا چاہئے، دائیں آنکھ میں دائیں ہاتھ سے اور بائیں آنکھ میں بائیں ہاتھ سے شگاف دیا جائے، صرف
دائیں ہاتھ سے دونوں آنکھوں کا پریشن کر کے میں بھی کوئی دقت نہیں ہوتی۔ لیکن ایسی صورت میں بائیں آنکھ کے پریشن
کے لئے مریض کو مریض کے سامنے آکر کھڑا ہونا چاہئے۔

ضروری اوزار۔ (۱) منہج الجفن (۲) تلم کرنے والی چمچی دو عدد (۳) گریف کا چاقو نزول الماء والا
(۴) منہج جفنی چمچی (۵) زدیگر قہنجی (۶) فلٹ کو پھاڑنے والا آلہ

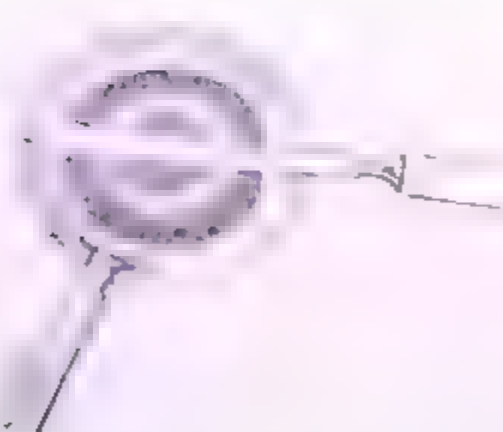


۱ کلڈ سے ہائی مسوائف جس کے ذریعہ عورت اختتام مسوائفہ اور فائدہ
 سے ایک لٹر تیار ہوں ۲ مرلہ مسوائفہ جس کے ذریعہ الکوا میں پڑھیں
 مہوں مسوائفہ ۳ روت د، اور یہ مہوں مسوائفہ عورت اختتام کو
 دہلوانے کے لئے ۴ گہرے دا مسوائفہ جس کے ذریعہ ایسی مہوں سے فائدہ
 عورت اختتام کو دور کرنے کے لئے ۵ مہوں سے ایسی مہوں سے (مہوں
 حسن کی وہ) ۶ مرلہ الیکٹریک مہوں دا قومی مہوں ۷ شعور مہوں کو یک
 کو اکھاڑنے کی چمکی



ہاتھوں آدھک مدد کی وجہ سے خواب
ہو گئے۔ ■

آپریشن اور ہتھوڑوں کے
کے بعد



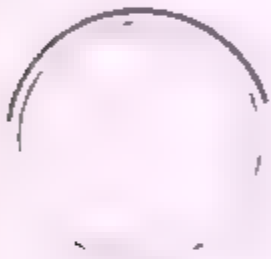
سواہا دھ کے آپریشن میں شکاف کا طریقہ

قطع صفحہ کا طریقہ

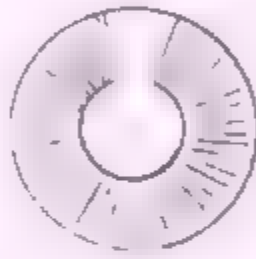
(۱) طلقہ (۲) صواطا (۳) مدسی طلقہ (۴) گندوگ (۵) دلی قلعہ

ذیل میں دائیں ٹکڑے کے اپریشن کے واسطے "تیز رفتاری" کی بات ہے۔

مخبر کو سب دستور خوب دیکھ کر مقلات لکھنے کو کہا، میں نے عین کوتاہی میں کہ پہلی طرف سے پہلے سے
تاکہ کرنے والی چھٹی کے ذریعہ آنکھ کو تو کم کریں مگر آنکھ کو تو کم کرنے کے سے چھٹی سے تیز رفتاری پر اور تیز رفتاری
مخبر کو صحیح زیرین ساختوں کے پائیں۔ اور قریبی فعلی طور کے شے نشتر یا نڈل کے سے چھٹی کے تیز رفتاری سے
جا اتصال پر ایسے مقام پر داخل کریں جو گھڑی کے ڈال پر ۱۲ بجے میں ۲ منٹ باقی رہنے کے نقطہ سے طاقت
ہے۔ اب اس نشتر کو دوسری طرف سے بائیں اور دوسری طرف بھی ہی نقطہ کے باقیات ۱۲ بجے ۱۰ منٹ کے مقام پر



فصل ۱۰



فصل ۱۱

باہر کو نکالیں۔ شکات قطع عینہ و سہ عمل کی بات دینا چاہتے
وقت اس میں صرف مقدار ہو کہ اس پریش میں شکات
قریبی دھبی کنارے پر ہو۔ مخبر کا پردہ دکھانا باقیات، گھڑی پر
کنا روں پر زیادہ تنگ ہو۔ قریبی دھبی مقدار سے دہری
طرف کاٹنے کے بعد گھڑی پر چاؤ کو ذرا دہری طرف لکھیں تو
مخبر کا پردہ کچھ چوڑا ہو جائیگا۔ مخبر کے کئے ہوئے پردہ تو
چاقوی پشت کے ذریعہ قریبی پر لپ دیں۔ یہ قائم کر نیویں

قطع عینہ کے باقیات کے
عمل جو ہی میں عینہ کا کنا ہو، حصہ
سیخوی روں کے باقیات
قریبی میں چاؤ کا کنا

پیشی کو بنالیں، اگر بعض خاموش نہ ہو تو مددگار سے میں کہ وہ قریبی کے شے سے چاؤ کو تو کم کرے، اگر بعض
خاموش اور تاکید پر عمل کرے والا ہو تو اس کو اپنے پر کی طرف دیکھنے کی ہدایت کی جائے، اور مطلع کر دیا جائے کہ اس کو
اپریشن کے دوسرے مراح میں لگن ہے کہ کچھ درد کا احساس ہو سو وقت بھی اس کو خاموش رہنا چاہئے، درد پریشین
نام کام ہو جائیگا

اب یعنی چھٹی کو بائیں ہاتھ میں اور دیکر چھٹی کو دائیں ہاتھ میں لیں اس عمل کے وقت دائیں ہاتھ میں آنکھ کے
خیال رکھنے کی ضرورت نہیں کیونکہ یہ عمل دونوں آنکھوں میں یکساں انجام دینا چاہئے، اور چھٹی کو بند کر کے قریبی نرم
میں داخل کر کے خزانہ مقدم میں پہنچے کو سے بائیں یاں تک کہ یہ مدتی کنارے تک پہنچ جائے، سو وقت اس کو

تھوڑا کھوکھلیہ کو اس کے درمیان پچھلیں اور باہر پھینچیں چھنی سے پکڑے ہوئے غبنیہ کے حصہ کو ڈوکر قینچی سے کاٹ دیں
مگر قینچی کی دھبہ کا رخ غبنیہ پر نہ ملے دھبہ کا جو مینی س کی نوک اور پر کی طرف رہے، اب مساوی غبنی کے ذریعہ غبنیہ کو
اپنی جی حالت اور تمام پر کر دیں۔ مینا کہ قطع غبنیہ کے عمل میں کیا گیا تھا۔ زخم کے کناروں سے غبنیہ کو الگ کرنے کی نرم
طور پر کوشش کی جائے، اس میں کوئی دشواری نہیں ہوتی، کیونکہ غبنیہ کے پیچھے مددہ کے ہونے کی وجہ سے اسکو ہمارا
منا ہے اور تانی سے غبنیہ نیچے دیکھتے ہیں یعنی جگہ پر مساوی کے ذریعہ آتا ہے۔

اس کے بعد مرنے کو نیچے کی طرف دیکھنے کی تاکید کی جاتی ہے اور غلات مددہ کو پھاڑنے والا آلہ لیکر اس کی نوک
بیس طرف ذرا اوپر کر لیں اور اندر داخل کرتے ہوئے نیچے سے بائیں، یہاں تک کہ حدی نہ رہے کے سب سے نیچے کے
مقام پر پہنچ جائے اب اس آلہ کی کاٹنے والی سطح کو نیچے کی طرف کر دیں۔ دسہ کو کسی قدر اوپر اٹھائے رکھیں اور آہستہ
آہستہ آلہ کو باہر نکالیں یہ کرنے سے غلات عمودی طور پر کٹ جاتا ہے۔

اس کے بعد اس آلہ کو بائیں ہاتھ میں اور معقہ کو دائیں ہاتھ میں لیں، اس کی پشت کو افقی طور پر قرنیہ کے زیریں حصہ
پر (۲) منٹ میں ۲۰ منٹ سے لیکر ۱۲ بجکر ۲ منٹ کے مقام پر رکھیں اور اس مقام پر قرنیہ کے اندر پیچھے اور اوپر کی طرف
مستقل طور پر دباؤ ڈالیں ایسا کرنے سے مددہ کا نویہ اس طرح سامنے کو آ جاتا ہے کہ زخم کے اندر اس کا کنارہ دکھائی دینے
لگتا ہے یہی عمل بار بار اس مقام پر اور رفتہ رفتہ اس کے اوپر طعقہ کو لجا کر انجام دینے سے مددہ کو ہم باہر نکال لیتے ہیں۔ مگر
اس دباؤ کو ہر مرتبہ اوپر کی طرف زیادہ کرتے رہیں۔ اسی کے ساتھ ہم یہ بھی کر سکتے ہیں کہ غلات مددہ کو پھاڑنے والے
آلہ کے ذریعہ مددہ کو باہر نکالیں۔ جب نویہ کا قطر زخم کے باہر آ جائے تو قرنیہ کے اوپر کا دباؤ فوراً ہٹائیں اور
نویہ کو قرنیہ کے اوپر سے طعقہ میں لے لیں۔

اگر مدسی مواد زیادہ شفاف اور نرم ہو تو قرنیہ کے اوپر طعقہ کے ذریعہ ہلکے طور پر اوپر کی طرف خفیف دباؤ والی حرکات
انجام دیں ایسا کرنے سے یہ سب مواد زخم سے باہر نکل آتا ہے۔ مگر یہ واضح رہے کہ دباؤ کا زیادہ ہونا کسی طرح مناسب نہیں ہے
اگر زخم کے اندر سے نرم مواد باہر کو نکلتا ہوا معلوم ہو تو طعقہ کے ذریعہ اسکو الگ کر دیا جائے۔

مساوی غبنی کے ذریعہ غبنیہ کو زخم کے زاویہ سے ہٹالیں اگر اس کو احتیاط سے ہٹایا جائے تو اس درجہ میں کوئی
تخلیف نہیں ہوتی، اگر اس درجہ کو بالکل حذف کر دیا جائے یعنی غبنیہ کو نہ ہٹایا جائے تو ممکن ہے کہ مددہ کے باہر نکالنے

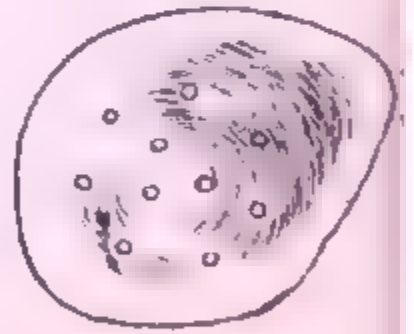
وقت عنبیہ زخم کے کناروں میں چسپاں ہونے سے اور پھر اسکو آزاد کرنے میں بہت زیادہ وقت پڑتا ہے، اس سے مسواط کا زخم کی پوری سطح پر پھیر دیں تاکہ غلاف کے کچھ نکلے ہوئے کڑے گزرنے سے مقدمہ میں موجود ہوں تو واپس پٹ جائیں۔ یہ غلافی حصص اقدار شفاف ہوتے ہیں کہ دکھائی نہیں دیتے، اور انکا زخم کے اندر نہ جانا برا اثر رکھتا ہے۔ اس سے ان کو راستہ میں سے ہٹا دینا ضروری ہے۔ اب تختی پر وہ کو قرنیہ کے اوپر سے مسواط کے ذریعہ اس کے طبعی مقام پر واپس سے جائیں مگر یہ خیال رکھیں کہ یہ لپٹنے اور پر ہی لپٹ کر نہ رہ جائے مفتاح الجھن کو نکال لیں۔ اور جھان کو احتیاط کے ساتھ اسی طرح بند کریں جیسا کہ قطع عنبیہ کے سلسلہ میں بتایا گیا ہے، دونوں آنکھوں پر بی باندھ دیں اور مرین کو اٹھنے کی اجازت نہ دیں بلکہ لیٹے ہی ہوئے بستر پر لیجائیں۔ زیادہ مناسب یہ ہے کہ مرین کا پریش بستر ہی پر رکھا جائے جو کہ اس عمل کے واسطے موزوں ہوتا ہے۔ دونوں آنکھوں پر مسطر روئی کی گدیاں جو کہ معہ گدیاں میں لپٹی ہوئی ہوں رکھ کر پٹی باندھیں مگر دباؤ بالکل نہ پڑے۔ بدموں اور عصبی المزاج مرینوں کی پٹی کے دھڑکے والی وار حجاب، مورفیلڈ (Moorfield) کے نمونہ کی طرح باندھ دیں۔

شکل نمبر ۲۰۱



مورفیلڈ کی نوزوں لہر کی پٹی ہواں کنارہ ناک کے چوڑے ٹکڑے کا ہے۔ پر اور پیچھے کے حصے ناک کے دیوار پیچھے جاتے ہیں۔ اپنے کے بے سرب سر کے پیچھے سے اسے لاکھ روئی کے ٹکڑے پر پٹیائی کے اوپر باندھ دیے جاتے ہیں۔

شکل نمبر ۲۰۲



دائیں آنکھ کے سے کارٹیل مشیلڈ

شکاف کی بڑائی یا چوڑائی کا انحصار عدسی نوہ کے حجم پر ہوتا ہے۔ یہ واضح رہے کہ عدسہ کا قشری حصہ نرم اور خراب ہوتا ہے شکاف نوہ کے قطر سے ذرا بڑا ہونا چاہئے۔ سیاہ موتیہ بند میں پورا عدسہ متغلب ہوتا ہے سے شکاف بہت بڑا دینا پڑتا ہے یعنی نصف قرنیہ میں شکاف کی ضرورت ہوتی ہے۔ شروع سے بڑا شکاف دینے کی بہ نسبت چھوٹے شکاف کو بڑا کرنے میں زیادہ نقصان ہوتا ہے۔ اگر شکاف دینے کے بعد واسطہ درجہ کے دباؤ سے عدسہ باہر نہ نکلے تو اس کا

یہ مطلب ہے کہ شکاف چھوٹا ہے اس وقت زخم کو بڑا کرنے کے سے سلائی (پر دھب) کی طرح لوک والی قینچی قرنیہ و عنبیہ کے درمیان داخل کر کے صرف ایک کٹاؤ سے شکاف کو بڑھا دیں۔ یہی عمل دوسری طرف بھی کیا جائے۔ شکاف دینے میں ممکن ہے کہ رطوبت مانی ذرا پہلے باہر خارج ہو جائے جس کی وجہ سے عنبیہ چاقو کے سامنے آجائے اگر ایسا ہو تو چاقو کو اس طرح اوپر کو اٹھائیں جیسا کہ آنکھ کو سامنے کی طرف اٹھا رہے ہوں، ایسا کرنے سے خزانہ مقدم میں جو رطوبت مانی ہوتی ہے وہ سامنے آکر عنبیہ کو نیچے کر دی جاتی ہے، اگر اس سے کامیابی نہ ہو تو شکاف معمولی نلت کے مانند دیں اور عنبیہ کے مجروح ہونے کا کچھ خیال نہ کریں، اس سے قطع عنبیہ یا اس کے اندر ایک سوراخ خود ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ عنبیہ کے کٹنے پر مریض کو تکلیف ہو۔ یاد رکھیں کہ وجہ سے مریض اپنی آنکھ کو بند کرنے کی کوشش کرے یا اپنے آپ سے باہر ہو جائے۔ ایسا قطع عنبیہ بے قاعدہ ہوتا ہے۔

اس حادثہ کے پیش آنے کی وجہ یہ ہے کہ معالج دلیری کے ساتھ چاقو کو ایک طرف سے دوسری طرف نہیں لیجاتا اور ہچکچاتا رہتا ہے، یا اس کا باعث وہ دباؤ ہے جو آپریشن کے دوران میں معالج کے ہاتھ سے غیر ارادی طور پر مریض کی آنکھ پر پڑتا ہے، یہ دباؤ قائم کرنے والی چھٹی کا ہوتا ہے۔ اگر شروع شکاف سے چاقو داخل کرنے کے بعد ایک طرف سے دوسری طرف لے جانے تک مسلسل اور مستعدی کے ساتھ عمل کیا جائے تو اس میں کوئی تکلیف نہیں ہوتی۔ چاقو کا دوسرا طرف قرنیہ کے اندر سوراخ کرتے ہی اگر ذرا نیچے کو کر دیا جائے تو اور بھی صفائی کے ساتھ یہ عمل انجام پاتا ہے ایسا کرنے سے عنبیہ پر چاقو کا چوراہل منطبق ہو جاتا ہے عجلت سے کسی وقت کام نہ لیں جو کچھ کریں سوچ سمجھ کر اور دلیری کے ساتھ۔

بعض بوڑھے مریضوں کا صلبیہ بہت سخت ہوتا ہے ان مریضوں کا قرنیہ عرصہ کے کل جانے کے بعد پیچھے کو ہچکچاتا ہے اور رکابی کی طرح اس کے اوپر گرنا پڑ جاتا ہے مگر یہ کچھ اہمیت نہیں رکھتا کیونکہ خزانہ مقدم کے بھرنے کے بعد یہ پھر درست ہو جاتا ہے۔

قطع عنبیہ کے عمل میں اگر ڈوکی یا قینچی کو عنبیہ چھٹی کے ساتھ زیادہ یہ قائمہ کی وضع میں رکھیں تو عنبیہ کے کاٹنے میں بہت آسانی ہوتی ہے مگر اس طریقہ سے عنبیہ کٹاؤ بہت بڑا بنتا ہے جس کی کوئی ضرورت نہیں ہوتی اور اس کا فائدہ بھی کم ہوتا ہے۔

بعض اوقات خزانہ مقدم میں ہوا کہ بیلہ داخل ہو جاتا ہے۔ اس کو بھی کوئی خاص نیرت نہیں ہے کہ وہ زیادہ جلد جذب ہو جاتا ہے۔ خزانہ مقدم میں نیرت مدد بھی ہو سکتا ہے۔ اور یہ نیرت بھی پر دور ہیں۔ نیرت نہیں ہوتا ہے مگر مساوی آہستہ آہستہ قریبی سطح پر پہنچے۔ اوپر کو پیسے پر یہ خون بہا بہا حل ہو جاتا ہے۔ زیادہ وقت نہ ضائع کرنا چاہیے۔ اگر اس میں سے خون پوری طرح بہ نہ سکے تو مدد سے کوئی نیرت کا اس نیرت احتیاط کے ساتھ انجام دیں اور خیال رکھیں کہ عنبیہ اس آہستہ آہستہ نیرت سے ہو جائے۔

عدسی غلاف کو مختلف ماہرین مختلف اطراف میں شق کرتے ہیں۔ مگر سب سے بہتر یہ ہے کہ اس کا شقی

قریبی زخم کے ساتھ ہم کر دیں۔ اس کے واسطے جو طریقہ ہم نے بیان کیا ہے وہ زیادہ آسان ہے۔ یعنی بہترین عدسی غلاف کو غلاف والی مہنی سے پکڑ کر شق کرتے ہیں یہ خاص طور پر مفید ہوتا ہے مگر اس کے نقصانات بھی بہت ہیں۔ اخراج عدسہ میں سب سے زیادہ خطرہ اس مرکب ہوتا ہے کہ بہت سی درجہ میں ہی رطوبت زیادہ ہو جائے اور کوکل آتی ہے۔ جس کا باعث رباط طعن کی پہلی کمزوری ہوتی ہے۔ اس لئے یہ شگاف دینا وقت بہ وقت عنبیہ کو قطع کرنا وقت ٹوٹ جاتے ہیں۔ مرکب (عوارضاتی) موتیا بند (Complicated cataract) میں بھی ایسا کٹھ ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں مفح الجھن کو ہٹا دینا چاہئے، مددگار جفان کو الگ کئے رہے۔ اگر باہر دم کے رستہ ان کو اٹھائے رکھے تو بہتر ہے۔ عموماً زیادہ عنبیہ کے نکلنے کا سبب قائم کرنے والی تہی کا دباؤ ہوا کرتا ہے۔ بہت سی شگاف دیئے وقت اسکو اس قدر بھول جاتے ہیں کہ دوسرے ہاتھ سے غیر ارادی طور پر چھٹی کو نذر کی طرف دبا دیتے ہیں۔ اس کی وجہ سے نہ صرف زجاجیہ خارج ہو جاتی ہے بلکہ اس کے قبل رطوبت مانی بھی جلد نکل جاتی ہے پھر شگاف دینے میں عنبیہ چاقو کے سامنے آکر مشکلات پیدا کرتا ہے۔ اگر ایسی صورت پیش آئے تو عنبیہ کو کاٹنا پڑتا ہے جس کی وجہ سے مریض کو درد کا احساس ہوتا ہے اور وہ یا تو آنکھ کو جھینچتا ہے یا اسی طرح کوئی دوسری حرکت کر بیٹھتا ہے۔ ان تمام باتوں کے باوجود شگاف کو معمولی حالت کے مانند پورا کر دینا چاہئے، عدسہ کو صحت سے کالے ہوئے نکلے ہیں کہ زجاجیہ باہر کو نکل آدے۔ بہت زیادہ دباؤ صرف اس صورت میں ڈالنا پڑتا ہے جبکہ شگاف چھوٹا ہو یا جب عدسی غلاف کافی شق نہ ہوا ہو۔ ایسی صورت میں شگاف کو نذر کرنا طریقہ پر نرا کریں۔ غلاف عدسی کو نذر کرنا طریقہ پر دوبارہ شق کریں اور اس کے بعد عدسہ کو نکالنے کی کوشش کریں۔ اگر سامنے دباؤ ڈالنے پر

زخم کے اندر مدد سے اسے بغیر زجاجیہ نکھنا شروع ہو تو عدسی طعنے کے ذریعہ عدسہ کو باہر نکالیں۔ اسی لئے ضروری ہے کہ مویا بد کے ہر پارے میں اس طعنے کو تیار رکھیں تاکہ ضرورت کے وقت کام آوے۔ طعنے کو زجاجیہ کے پیچھے اس طرح رکھیں کہ عدسہ کے پیچھے اس کے پونچھے کا یقین ہو جائے۔ اب اس کو سامنے کی طرف گھمائیں تاکہ عدسہ طعنے اور قرنیہ کے درمیان آجائے۔ اس مقام پر اس کو نگائے رکھیں اور طعنے کو اور گھما کر باہر نکال دیں اس عمل میں کچھ نہ کچھ رطوبت زجاجیہ ضرور خارج ہوتی ہے۔ مگر چونکہ عدسہ کا نکالنا اشد ضروری ہوتا ہے اس لئے اس نقصان کو برداشت کرنا پڑتا ہے۔ کیونکہ عدسہ کو اگر نہ نکالا جائے تو آنکھ ضائع ہو جاتی ہے۔ اس حالت میں غنہ کو اپنے اصل مقام پر واپس لائے بغیر آنکھ کو بند کر کے چٹی باندھ دینا چاہئے ورنہ زجاجیہ کے اور زیادہ خارج ہونے کا اندیشہ ہے۔ اگر باطامعلق عدسہ ٹوٹ جائیں یا کسی دوسرے پریشن میں جبکہ عمل جراحی صحیح طریقہ پر انجام نہ دیا گیا ہو، یہ رباط ٹوٹ گئے ہوں تو عدسہ پیچھے کی طرف زجاجیہ میں گر جاتا ہے ان حالتوں میں اس کو باہر نکالنے کی کوشش بے سود ہوتی ہے۔ لہذا آنکھ پر فوراً چٹی باندھ دینا چاہئے۔ اگر بعد میں کسی وقت عدسی رتبہ میں مدد سے تیر کر آجائے تو پھر اسکو نکالنے کی کوشش کریں۔

عدسہ کے نکلنے کے بعد زجاجیہ کا باہر خارج ہونا زیادہ خطرناک نہیں ہوتا۔ لیکن ہے کہ التهاب ہر بی لاحت ہو کر مختلف شفاف واسطوں میں سبالی کیفیت پیدا ہو جائے۔ اور اس کے بعد شبکیہ اپنے طبعی مقام سے اکھڑ جائے، اگر زجاجیہ بہت زیادہ ضائع ہو جائے تو غنہ اوپر کی طرف کو کھینچ جاتا ہے اور مہفتہ یا مہینوں کے بعد حدقہ اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے۔ غنہ کا زیرین حصہ کھینچا ہے۔ یہ حالت قطع غنہ میں غنہ کے سروں کے زخم میں پھنس جانے کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ بھارت کو اصل کرنے کے واسطے بعض اوقات مصنوعی حدقہ بنانے کی ضرورت پڑتی ہے۔ یا اسی کے مانند کوئی دوسرا پریشن کرنا پڑتا ہے۔

اگر بڑول المار پختہ نہ ہو تو نرم عدسہ کا کچھ حصہ تنگوں میں باقی رہ جاتا ہے ان حالتوں میں حدقہ میں سیاہ نہیں نظر آتا بلکہ فکستری یا سیاہی ابل رنگ اس کے اندر بکھری دیتا ہے۔ سواط کے ذریعہ آہستہ آہستہ پتھر پارا دیئے سے یہ حصہ نکل جاتا ہے مگر حرکات کی وضاحت اور بہت دیر ہو جو عدسہ سے اخراج کے لئے بتائی گئی ہے لیکن وہاں تا میں مہر ہونا چاہئے۔ ان حرکات کے باوجود بھی عدسہ پوری طرح نہیں نکلتا، اگر بقیہ حصہ کو آنکھ میں چھوڑ دیا جائے تو آہستہ آہستہ خود بخود جذب ہو جاتا ہے مگر اس کی وجہ سے آنکھ میں فرخ پیدا ہونے کا ڈر رہتا ہے، اس

خراش سے لہتا ب جسم بدنی دہنی پیا ہوتا ہے۔ رونا ٹوٹی ہوئی پختہ نہایت دودھ دینا ہوتا ہے۔ اس کے بعد پانی کے بعد طبعی نکیلن محلول سے خزانہ مقدم کو دبا کر سہ ماہی دھوئے ہیں جس سے دوسرے کے جیسے نشتی دھوئے ہیں۔ اس کے بعد نوزیرا ذاتی تجربہ ہے کہ اس کی وجہ سے ناکہ کے اندر خفیت کتاب جسم بدنی دہنی نشتی ہوتا ہے۔ خود دوا کی تہہ کی زیادہ سے زیادہ سخت تدابیر مل میں کیوں نہ لاوے۔ سی سے ہم اس کی سفارش نہیں کرتے۔

علاج مابعد۔ جب کوکین محلول کا اثر زائل ہو جاتا ہے تو ناکہ کے اندر دودھ اور ٹکیٹ کا استعمال ہوتا ہے۔ یہ حالت چار پانچ گھنٹہ تک رہتی ہے۔ اس کے پریشن صبح کو کریں تاکہ رات کو مرین آرام کے ساتھ سو سکے۔ ٹروڈ کی وجہ سے نیند نہ آوے تو ایسپرین یا بروماڈ کی ایک خوراک دیں۔ اس سے درد کم ہو جاتا ہے۔ دیر میں آرام کے ساتھ سو جاتا ہے۔

مريض کو آرام سے چت نہ رہے رکھیں۔ درہر قسم کا زور نہ لگانے کو منع کر دیں۔ چھینک کو روکنے سے باز رکھیں۔ پاس ہونٹ کے اوپر انگلی سے دباؤ ڈالنے کو بتادیں۔ رات کو مرین سے ہاتھوں کو بستر کے ساتھ جکے ہو کر باہر دیا جائے تاکہ سونے کی حالت میں وہ اپنا ہاتھوں سے آنکھوں کو نہ چھو سکے۔ پہلے چارہ دز تک کوئی مسہر نہ دیا جائے۔ غذا میں خالی دودھ پینے کو دیں۔ پریشن کے دوسرے دن پانی کھلیں۔ اجفان کو گرم ہو کر محلول سے دھو کر ناکہ سے نکھیں اور آنکھ میں ایک قطرہ ایک فیصدی اینروپین محلول کا ڈالیں۔ زخم کا معائنہ کریں مگر ضرورت سے زیادہ اس کو نہ چھیڑا جائے۔ دوسرے روز اس کا معائنہ زیادہ غور سے کیا جائے۔ قرنیہ خوب چمکدار ہونا چاہئے۔ اور حدتہ خوب پھیل ہو اور گول ہو۔ اوپر کی طرف زخم کے پاس اگر قرنیہ کسی قدر سفید ہو تو کوئی حرج نہیں ہے۔ اس وقت آنکھ میں ایک قطرہ اینروپین کا اور ڈالیں۔ اگر تیسرے روز حدتہ میں پوری طرح پھیلنا ہوا نہ ہو تو اس کا مطلب یہ ہے کہ ناکہ کے اندر خفیت لہتا ب غلبہ موجود ہے۔ ہذا اینروپین محلول اور ڈال جائے اگر ضرورت ہو تو آنکھ کو گرم ہو کر محلول سے دھوئیں۔ عام طور پر لہتا ب غلبہ نہیں ہوتا۔ عارضی دہنی اعتقان کے بعد آنکھ میں سکون ہو جاتا ہے۔ اور اس طرح ہفتہ۔ شہرہ میں کسی قسم کا عود ہی آنکھ میں باقی نہیں رہتا۔ چوتھے یا پانچویں روز جس آنکھ پر اپریشن نہ کیا گیا ہو، سکھو دیں۔ روزوں آنکھوں کو زیادہ دیر تک بند رکھیں گے تو بوڑھے مرینوں میں ہڈیاں شریخ ہو جانے کا اندیشہ ہے۔ اگر کسی مرض کی بات چیت میں ہڈیاں یکسیقت۔ بے ترتیبی ہو تو جس آنکھ پر اپریشن نہیں کیا گیا اس کو نو رکھو دیں۔

گر یہ آنکھ اندھی ہو یا اس میں بصارت بہت کم ہو تو پریشانی والی آنکھ کی پٹی کھول دی جائے، تندرست آدمیوں کو بستر پر ایک ہفتہ تک تاسے رکھیں۔ مگر چونکہ یہ مددیں زیادہ تر بزرگسے ہوتے ہیں اور ان کے پیچھے پٹروں میں ثقلی احقان کا در رہتا ہے۔ اسلئے ضروری ہے کہ تیسرے روز ان کو بستر پر ذرا اٹھا کر دیکھ لگا کر تائیں۔ اس کے بعد جلد ہی بستر سے اٹھنے کی اجازت دی جائے۔ بلکہ پچاس یا پندرہ روز تک باندھتے رہیں۔ اس کے بعد نزول المار والی مینک لگانے تک یا پٹنے مددیں لگائے رہے تو زیادہ بہتر ہے۔ اگر مریض ایسا نہ کرے گا تو اسکو سرخ رنگ کی بصارت (بصارت احمر) لاحق ہوگی۔

قطع عنیبہ کے بغیر اخراج عدسہ | بسیط اخراج عدسہ۔ مناسب مریضوں میں ماہرین بغیر قطع عنیبہ کے اخراج عدسہ کو پسند کرتے ہیں۔ مگر مختلف ماہرین کی رائے اس طریقہ اپریشن کے متعلق مختلف ہے۔ اس میں اور تمام اعمال ویسے ہی انجام دے جاتے ہیں جیسا کہ اس سے قبل بیان کئے گئے ہیں۔ فرق صرف یہ ہوتا ہے کہ اس میں عدسہ کے نکلنے کے واسطے عنیبہ کو نہیں کاٹا جاتا۔ گویا کہ عدسہ تندرست عدسہ میں سے ہو کر نکلتا ہے۔

دونوں آپریشنوں کا موازنہ کرتے ہوئے ہم کہہ سکتے ہیں کہ اخراج بسیط کا فائدہ حسب ذیل ہوتا ہے۔
 (۱) یہ عمل سادہ ہے (۲) اس میں آنکھ کے اندر کم سے کم خرابی لاحق ہوتی ہے (۳) کم سے کم اوزار درکار ہوتے ہیں (۴) آنکھ کے اندر بھی کم سے کم دھار داخل کرنے کی ضرورت پڑتی ہے (۵) حد قہ کا گول ہونا مناظری حیثیت سے مفید ہوتا ہے اس کی وجہ سے چونکہ کم پیدا ہوتی ہے۔ باہر کی اشیاء کی شبیہ نہایت صاف ہوتی ہے۔ میدان بصر عمدہ ہوتا ہے۔ گول حد قہ کی وجہ سے آنکھ خوبصورت رہتی ہے (۶) عنیبہ کو نہایت آسانی کے ساتھ واپس کیا جاسکتا ہے، زخم کے اندر عنیبہ کے پھٹنے کا خطرہ بہت کم ہوتا ہے (۷) زجاجیہ بہت کم باہر خارج ہوتی ہے (۸) آنکھ کی اندرونی لیمیں عدوی سے محفوظ رہتی ہیں (۹) عنیبہ کے نہ کٹنے کی وجہ سے درد اور زخف الدم دونوں نہیں ہوتے۔

مناظری حیثیت سے بہت زیادہ فائدہ پہنچتا ہے۔ خطرات کے مقابلہ میں خوبصورتی کا فائدہ کچھ اہم نہیں ہے۔ حالانکہ بعض اوقات اس کی خواہش بھی زبردست ہوتی ہے۔

یہ امر مشتبہ ہے کہ آیا بسیط اخراج میں رطوبت زجاجیہ باہر خارج ہوتی ہے یا مگر کب اخراج میں۔ عنیبہ سے

بھی پیدا ہو سکتا ہے۔

دونوں دم کے مٹل خراج جن میں عنبیہ کے باہر نکلنے کا ڈر رہتا ہو اگر انہیں بسطی عمل اخراج کے بعد محیط عنبیہ میں ایک چھوٹا سا گول سورخ بنایا جائے تو یہ خطرات رفع ہو جاتے ہیں۔ اخراج عدسہ کے بعد عنبیہ کا محیط حصہ پکڑ کر ہانچوں میں اور اس کو کات دیں۔ سورخ پھوسٹے چھوٹا زیادہ موزوں ہوتا ہے۔ عنبیہ کے محیطی حصہ میں چونکہ یہ سورخ چھوٹا ہوتا ہے اس لئے عنبیہ کے پیچھے ڈھک جاتا ہے۔ اور اگر ایسا نہ بھی ہو تو بالائی جن سے ڈھک جاتا ہے اور اس کے ذریعہ خزانہ موخر سے خزانہ مقدم میں کافی رطوبت پہنچتی رہتی ہے۔ لہذا عنبیہ باہر کو نہیں نکلتا۔ اور غلانی غشا ربی زخم کے اندر نہیں پھنپتی۔

اخراج عدسہ کے بعد خاص چمیدگیاں یہ پیدا ہوتی ہیں کہ خطوطی التهاب قرنیہ پیدا ہو جاتا ہے۔ زخم کے اندر عنبیہ کا پھٹنا، التهاب عنبیہ، التهاب عنبیہ و جسم بینی، شرکی التهاب العین، ثانوی زرق المار، آنکھ کے اندر زرق المار زخم کے اندر عدوی کا قوت، عفنی التهاب کل العین وغیرہ لاحق ہوتا ہے۔

اخراج بسطی کے بعد عنبیہ زیادہ تر باہر نکلتا ہے۔ مرکب اخراج میں عنبیہ دونوں کناروں میں سے کوئی ماؤف نہیں ہوتا مگر دو ایک روز کے بعد ضرب وغیرہ کی وجہ سے ایسا ہو جاتا ہے۔ مثلاً رگڑ، ٹھوکر، کھٹنے یا کھانسنے میں زور لگاتے سے ایسا ہو سکتا ہے۔ اس کا علاج یہ ہے کہ فوراً باہر نکلے ہوئے عنبیہ کو کات دیا جائے، چونکہ اس حالت میں عنبیہ کے اندر خراش ہوتی ہے۔ اس سے قطع عنبیہ کا عمل تکلیف دہ ضرور ہوتا ہے۔ یعنی اس میں مریض درد محسوس کرتا ہے اس لئے بہتر ہے کہ اس عمل میں عمومی تخذیر سے کام لیا جائے۔

زخم کو دوبارہ از سر نو کھول دیں۔ ملحقہ پردہ کے نیچے مسواط عنبیہ بجا کر اس کے الصاقات کو توڑ دیں اور باہر نکلے ہوئے عنبیہ کو برہنہ کر لیں۔ ملحقہ پردہ کو نیچے قرنیہ پر آلت دیں، عنبیہ کو پکڑ کر باہر کھینچیں اور ڈی گریپنگی سے کات دیں۔ اس کے بعد مٹھر مسواط سے عنبیہ کو اپنی جگہ پر داپس کر دیں۔

اس کی وجہ یہ ہو سکتی ہے کہ زخم صاف کٹا ہوا نہ ہو بلکہ اس کے کنارے کے ٹپھٹے ہوئے اور بے قاعدہ ہوں۔ زخم کا زیریں لب بالائی لب پر چڑھ جائے ممکن ہے اس کا کوئی ظاہری سبب نہ بھی معلوم ہو۔ یہ خرابی زرق المار کے قطع عنبیہ کے بعد عموماً پیش آتی ہے۔

از سر نو خزانہ مقدم
کا دیر میں بھرتا

مگر خراج عدسہ کے بعد عام طور پر یہ سائنس ہو کرتا۔ ایسی صورت میں پنی غایت ملکی باندھیں دیا مل ہی نہ باندھیں دن میں سیاہ چٹھے لگائیں۔ یہ جال دار پیٹنگ پر باندھ دی جاتے۔

زخم کے اندمال میں تاخیر بعض بہین قنوی شگاف کو پسند کرتے ہیں، اسے شگافوں کا اندمال، پتہ ہوتا ہے۔ لہذا غشی کو اس وقت تک بستر پر نہ رکھتے مانتے ہیں کہ زخم

پوری مدت مندمل ہو جائے۔ عام طور پر اس کا سبب غشیہ یا مدسی غلاف کا زخم میں چھت ہے۔ اگر غشیہ باہر کو نکل آئے تو پریش کر کے اس کو کاٹ دیں۔ مگر بعض اوقات غایت آہستہ آہستہ غشیہ زخم کے باہر نکلتا ہے۔ دونوں حالتوں میں یعنی مذہبی ساخت کیسی شکل اختیار کریتی ہے۔ پہلے اس کا کچھ حصہ گمراہی میں پوری ساخت باہر کو چھو آتی ہے۔

غایت اعتیاد اور غور کے ساتھ معائنہ کر کے دیکھیں کہ غشی کون سے سرور میں سے کوئی کون تو زخم کے مذہ

نہیں چھین رہا۔ پوری طرح ابھری ہوئی یعنی مذہبی ساخت کو نہ چھیریں، حالانکہ اس کی وجہ سے درد بہت شدید

پیدا ہوتا ہے۔ اس میں ثانوی عدوی بھی شامل ہو سکتا ہے۔ اور اس سے التهاب غشیہ و ہیم ہڈی و شریک التهاب

محل العین بھی لاحق ہو سکتا ہے، خوش قسمتی سے زور کے ساتھ دباؤ کے ذریعہ لٹخوں کو باہر نکال دینے سے زلزلت ادم

ان حال میں شاید ونا در ہی ہوتا ہے بعض اوقات بوڑھے افراد جن میں تصلب شریانی موجود ہو یا جن کے نظام جسمانی

میں کوئی عمومی تھل مثل ذیابیطس وغیرہ پایا جاتا ہو ان میں اس قسم کا زلزلت ادم پایا جاتا ہے۔ اس کے ساتھ یکایک

شدید قسم کا درد ہوتا ہے۔ پٹی کھولنے پر زخم کے لب پھیلے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔ در اس کے اندر زجاجیہ و مچھ خون

بھی مل سکتا ہے۔ ایسی صورت میں آنکھ ضائع ہو جاتی ہے۔ اور اس کا نکل دینا ہی بہتر ہوتا ہے۔ زلزلت ادم کو

روکنے کے لئے بھی یہی تدبیر بہتر ہے خالی مقام کو گانہ سے خوب بھر کر پٹی باندھ دینا چاہئے۔

بعض اوقات تمام تدابیر کے باوجود غشی عدوی آنکھ میں پھونک جاتا ہے، عام طور پر جس کا سبب گرد و بات و تیر

ہوتے ہیں۔ اور کبھی گرد و بات عقد یہ بھی اس کا باعث بنتے ہیں۔ ان کے علاوہ دوسرے قسم کے جراثیم بھی یہ عدوی پیدا

کر سکتے ہیں۔ آپریشن کے بعد ۱۲ سے ۳۶ گھنٹہ کے اندر یہ حالت پیدا ہوتی ہے التهاب غشیہ کی وجہ سے درد و غایت

شدید ہوتا ہے۔ پٹی کھول کر دیکھنے پر بالائی جن جن متورم نظر آتی ہے۔ اجان کو کھولنے پر رطوبت دمیہ باہر نکلتی ہے

اور آنکھ میں مخاطی ہونی پید ہو جاتی ہے۔ اگر ضرورت ہو تو جن کو ہٹانے والے آلہ استعمال کریں۔ مگر یہ خیال

ہے کہ غایت سہولت و راحت سے کام لیا جاوے۔

قرنیہ غیر چکدار ہوتا ہے بحالی کیفیت اس میں باغضوص اوپر کے حصہ میں پائی جاتی ہے۔ زخم کے کنارے زرد ہوتے ہیں۔ عام طور پر یہ عدوی نیزی کے ساتھ پھیلتا ہے اور شدید التهاب غنہ شریع ہو جاتا ہے۔ یعنی کٹاؤ کے درمیان ارتشائی رمدیت بھج جاتی ہے۔ خزانہ مقدم میں مدیدی ارتشاح پایا جاتا ہے۔ بالآخر زہابیہ میں عدوی شامل ہو کر التهاب عین پیدا ہو جاتا ہے۔ علاج سے گو کہ شاذ و نادر ہی فائدہ ہوتا ہے لیکن پھر بھی مستعدی اور عجلت کے ساتھ کامل علاج کو جاری رکھا جائے۔ خزانہ مقدم کو ہائیدروجن پراکسائیڈ سے دھوئیں زخم کے بسوں کو کوآکربائیٹ جلادیں۔ زیر پختہ ... دس ... سیوٹی محلول یا اسی طاقت کا مرکزی سایانائیڈ محلول کی تلیق کریں۔ اس تلیق سے تکلیف بہت شدید ہوتی ہے اور فائدہ کم۔ جراثیم عقدیہ یا عقدیہ کی ویکسین زیر جلد تلیق کی جائے، زخم کے جراثیم سے ذاتی ویکسین تیار کر کے اس کی بھی تلیق کریں۔

خراج عدسہ میں ہمیشہ کچھ نہ کچھ التهاب غنہ ضرور ہوتا ہے اور زیادہ شدید ان صورتوں میں ہوتا ہے جبکہ خراج عدسہ میں عدسہ کا کچھ مواد اندر ہی رہ جاوے یا اسی کے ساتھ جسم کے اندر عمومی مرض مثلاً ذیابیطس، نفرس وجع مغال موجود ہو۔ متوسط درجہ کی شدید وہ حالتیں ہیں جن میں کہ کون التهاب غنہ موجود ہوتا ہے اور اس کا باعث کم ذر قسم کے جراثیم کا عدوی ہوا کرتا ہے ان مرضیوں میں بھی یہ حالت پائی جاتی ہے جن میں جراثیمی خنہ کے خلاف قوت مدافعت کافی موجود ہوتی ہے اور سب سے خراب وہ حالتیں ہیں جن میں عفنی عدوی آنکھ کے اندر پہنچ جاتا ہے۔

اگر غنہ میں خفیف التهاب ہو تو اس کی وجہ سے آنکھ میں خراش قائم رہتی ہے۔ اور غایت آہستہ آہستہ بصریت کو خراب کرنے کا باعث بنتی ہے۔ ایسے مریضوں کی آنکھ میں قرنیہ کے پیچھے، سوئی حالت موجود ہوتی ہے جس کا مطلب یہ ہے کہ التهاب غنہ کے ساتھ جسم جہنی کا بھی التهاب موجود ہے۔ مگر لاکر، دونوں حالتوں کو جسم یک ہی قسم کا شرکی التهاب عین کہہ سکتے ہیں۔ یہ دونوں خطرناک ہوتے ہیں۔ لہذا خراج عدسہ کے لئے ہر مریض میں اس کے قرنیہ کو تنویر موثری اور چھوٹے عذاب عدسہ کے ذریعہ معائنہ کر دینا چاہئے، سوئی حالت کو خاص طریقہ پر دیکھا جائے۔ یہ معائنہ مستعد مرتبہ کیا جائے، باغضوص ان حالتوں میں جن میں کہ آنکھ کے اندر

مٹی وجود ہو اور روشنی میں دیکھتے تھے۔ ہوتے دم یہ ہت نکلتی ہو۔ گروہ نومی نوٹریج پر روبروب: سہ ہا زین ہا سہ کے ذریعہ آپریشن یا ٹائونمی نزلوں اما سہ پریشن کو متوی کر دیا جاسا۔ بعض اوقات قنیہ کی نوٹریج پر روبروب کے چھوٹے چھوٹے ٹکڑے بھی پائے جاتے ہیں جن کو ہر پوری طرح قنیہ کی نوٹریج سے روبروب سے تیز نہیں کر سکتے۔

طبقہ میٹمیہ کا اپنی جگہ سے اکھڑ جانا

ٹائونمی نزل المار۔ عدسی غلاف کے بعد نزلہ دماغ بہ مکت بہت۔ اس کا باعث ٹائونمی غلاف کی حرکت اور زخم کے اندر عدسی غلاف کا پھنسنا بہت بعض اوقات خزانہ مقدم میں بشری ضیات کے ساتھ کیشیہ کی وجہ سے بھی یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ ان حالتوں میں اندام میں تاخیر کی وجہ سے ٹیجی ہتہ خزانہ مقدم کے ذریعہ پس اس میں سہ کر دیتا ہے دربرہ کر عنبیہ کی سہ۔ غلاف عدسی در قنیہ پر بھی چوٹ کھاتا ہے۔ یہی حالت سہ مغبوب کو کوئی عادت نہیں ہے۔ اور مرض کی تشخیص بھی یقینی طور پر ممکن نہیں ہوتی۔

بعض اوقات ٹائونمی نزل المار کا آپریشن سوئی کے ذریعہ کرنے کے بعد نزلہ ام پیدا ہو جاتا ہے۔ ۱۰ ہرین کا حیل بہت کہ ان حالتوں میں روبروبت زجاجیہ خزانہ مقدم میں آجاتی ہے اور نزلہ میں سہ جاتی ہے۔ مگر بہت نہیں یہ نظریہ صحیح نہیں ہے۔ یہ ضرور ہے کہ ایسے مریضوں کی آنکھیں خراب ہو جاتی ہیں۔ مگر عدسی غلاف کے اصدقات موجود ہوں تو ان کو کاٹنے کی کوشش مناسب ہے اس سے اندام مرض سیکڑ بہت ہو جاتا ہے جب یقینی طور پر کسی سبب کا پتہ نہ چلے تو عمل ثقی کر دینا چاہئے۔

نزل المار کے آپریشن کے دو طریقے ہیں | ۱۔ ہوت عدسیہ مع غلاف کے ٹکڑے سے نکال دینا
۲۔ عدسی غلاف کو شش کربک سے اس میں سے عدسیہ کے ہتہ

کو نکالنا۔

ہندوستان میں نزل المار کے مریض بہت زیادہ ملتے ہیں اور ہرین کو تجربہ کا بھی خوب موقع حاصل ہوتا ہے لیکن اس کے باوجود ماہرین نزل المار کے عمل جراحیہ میں مختلف اہل سہ ہیں۔ چنانچہ اس عمل کو دو طریقے سے انجام دیتے ہیں۔

پہلا طریقہ | پورے عدد سے کومع غلات کے خارج کرنا۔ اس کے فوائد ذیل میں درج کئے جاتے ہیں۔
 ۲۔ زیادہ تر نوزوں اور کابغیر انتظار کے آپریشن کر سکتے ہیں۔ ۱۲۰ عدد کا تشری مصقہ باقی نہیں رہتا۔ اس سے ثانوی نوزوں المار کے پیدا ہونے کا کوئی اندیشہ نہیں ہوتا۔ اور اسی وجہ سے ان حالات میں التهاب عنیبہ بہت کم لاحق ہوتا ہے۔ ۱۳۔ غلات عدد سے باقی رہ جانے کی وجہ سے جو موتیا بند پیدا ہوتا ہے اس کا بھی ارکان نہیں رہ جاتا۔ ۱۴۔ اچھ ہونے میں عوارض بہت کم لاحق ہوتے ہیں۔ بالخصوص قرووی اور غلاتی الصافات بالکل ہی نہیں پیدا ہوتے۔

عدسی غلات کو شق کر کے اخراج عدد یعنی دوسرے طریقہ پر عمل کر کے واسے ماہرین مندرجہ ذیل وجوہ کو اس کے غلات بیان کرتے ہیں۔

(۱) دوسرے طریقہ کے مقابلہ میں اس کا طریقہ عمل زیادہ مشکل (چھپیدہ) ہے (۲) نہایت ہوشیار مددگار کی ضرورت ہوتی ہے۔ ۳۔ زجاجیہ کے زیادہ خارج ہونے کا احتمال رہتا ہے۔ آپریشن کے بعد مدقہ کا اوپر کی طرف کو بہت جانے کا مضموم ہی ہے کہ پراسنے آپریشن کے مقابلہ میں اس آپریشن کے اندر زجاجیہ میں اہم تبدیلی پیدا ہوتی ہے (۴) یہ صحیح ہے کہ اس طریقہ پر عمل پیرا ہونے سے زخم کے اندر پھنسنے کے لئے کوئی غلات باقی نہیں رہتا لیکن زخم کے اندر زجاجیہ بھی پھنس سکتا ہے۔ علاوہ ازیں زجاجیہ کے مقدمہ پر توں میں تئیرات کی وجہ سے ثانوی نوزوں المار کے پیدا ہونے کا اندیشہ ہے۔

بارے خیال میں بتدیوں کے سے غلات عدد کو شق کرنے کے بعد اخراج عدد کا عمل زیادہ مناسب ہے اور اس میں بھی کوئی شک نہیں ہے کہ اس کے علاوہ دوسرے طریقہ بھی زیادہ سادہ اور آسان ہے۔ بہر حال اس کا صحیح فیصد مقدار آپریشن کے بعد کرنا چاہئے۔

۵۔ اس میں اخراج عدد کا جو طریقہ رائج ہے اس کو ذیل میں بیان کیا جاتا ہے۔

درجہ اول۔ ذکر کئے ہوئے طریقہ سے آنکھ کو خوب صاف کرنے کے بعد کوکین محلول سے اس میں تخذیر پیدا کر لیں۔ رغب کو مارفین ایٹر وپن کی تلیق دی جائے۔ ایٹر وپن کے ذریعہ مدقہ کو منبسط کر لیں۔ مفتاح الجفن کو آنکھ کے اندر قائم کر دیں۔ معالج اپنے بائیں ہاتھ میں قائم کرنے والی چھٹی لیکر اس سے قرووی و صلبی بار اتصال

نیچے متحدہ اور اس کی زیریں ساختوں کو پڑھ کر، کچھ کو قیاس کر کے اس حالت میں معائنہ پسند ہوتا ہے کہ وہ کون سا حصہ ہے۔ ایک سے، اور دائیں ہاتھ میں، دوسری کی سونی میٹر انگوٹھ کے اندر، وینٹ کے مقدمہ پر داخل کر کے، دوسری کی سونی میٹر ہاتھ کو اس کی کاسٹ والی ٹیٹھ کو عدسی نمائندگی کی طرف کر کے اب تک جو شکات ہو سکتے ہیں، ان کی طرف سے، نیچے کی طرف سے حرکت دے کر اس کو A کی شکل کا بنا دے۔ اس کے بعد سونی کو آہستہ سے باہر نکالیں گے۔ اس عمل میں اس اوزار کو انگلیوں کے درمیان نہایت ہلکے طور پر پکڑتے رہیں، زیادہ زور سے ساتھ پکڑیں ورنہ دھار اپنے ہاتھ کو معالج کے بازو پر سے گزاریں، غصہ، خیمہ جینی کو چھری کناروں کی طرف کیٹھنے کے لئے، کر دینے آئیکہ کو بھیج نہ سکے،

پہلے درجہ کے عوارض، ۱۔ سونی کو اندر داخل کرنے میں ممکن ہے کہ غصہ پیدا ہو جائے، اگر ایسا ہو تو سونی کو کسی قدر باہر نکالیں اور پھر آگے بڑھیں، جب خزانہ مقدم کے اندر دھار پہنچتا ہے تو بہ نسبت باہر کے زیادہ چمکدار معلوم ہوتا ہے۔

(۲) ممکن ہے کہ سونی کے ساتھ رطوبت، یا باہر خارج ہو جائے، ورنہ مقدم خالی ہو جائے جس کے اسباب حسب ذیل ہوتے ہیں۔ (الف) سونی کو سختی کے ساتھ پکڑنا، (ب) بہت زیادہ سونی کا حرکت کرنا، (ج) سونی کے پھل سے سوراخ بہت تیز ہو جائے۔ جو کہ سونی کے چار طرف خالی رہے، ٹھیل ہو،

جو سونی ایک مرتبہ سان پر قہر چکی ہو وہ نئی سونی سے بہتر ہوتی ہے کیونکہ نئی سونی کی دھار کسی قدر چوڑی ہوتی ہے۔ اگر خزانہ مقدم کی رطوبت گل جائے تو منہ (Inguiter) کے ذریعہ سکو پھر بھر لیں۔

دوسرا درجہ۔ (شکات دینا) پہلے درجہ میں بیابان کیا گیا ہے متحدہ کو مع زیریں ساختوں کے پکڑ لیں، اگر عین کا چاقو یا اسی قسم کا کوئی دوسرا چاقو سونی کے شکات کے راستے اندر داخل کریں اور دوسری طرف قروی وٹلی جا، اتصال پر ۲ یا ۳ بجے کے مقدم پر باہر نکالیں مگر یہ یاد رکھیں کہ چاقو کی نوک کو باہر سوقت نکالیں جبکہ غصہ کا ذرا سا حصہ چاقو کی نوک اور خزانہ مقدم کے زاویہ کے درمیان دکھائی دے، دوسری طرف بہ نوک نکالتے وقت انگلیوں کی حرکت سامنے اور اوپر کی طرف ہونا چاہئے۔ یہاں تک کہ چاقو پوری طرح دونوں طرف آجائے، اب انگلیوں سے چاقو کو اوپر اور نیچے کی طرف حرکت دیں۔ اور ان حرکات کو دہراتے رہیں۔ یہاں تک

کہ چاقو توڑ دیا، تین ہفتے میں چاقو کو بوجھ جاسے، گویا کہ اب شگاف پورا ہو گیا۔ قرنوی دھلی جا، اتصال کا پہلے
پہلی طرح معائنہ کر کے صحیح اندازہ کریں۔ شگاف دیتے وقت چاقو کے پھل کو ذرا سامنے کی طرف جھکائے رکھیں تاکہ
قرنوی دھلی جا، اتصال دس حصہ کے ساتھ یہ خفیف سا زاویہ بنادے۔ چاقو کو مضبوطی کے ساتھ ہرگز نہ پکڑیں،
جہاں تک ہونے کے لئے طور پر انگلیوں سے ذریعہ اس کی گرفت کریں اور نیچوں میں سے اسکو اپنا راستہ خود اختیار کرنے
دیں۔ عضلہ نہ دھنی کو ایک مددگار مچھری کناروں کی طرف کھینچے رکھے جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔

دوسرے درجہ کے عوارض۔ ۱۔ اگر شگاف دینے میں چاقو کی نوک دوسری طرف بہت زیادہ

گہرائی میں جا سکے اور عضلہ میں نمودار ہو تو خزائنہ مقدم میں واپس کھینچ کر دوبارہ باہر کی طرف نکالیں۔

۲۔ نیچوں کے کانٹے میں بھی مشکلات پیش آتی ہیں جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ چاقو کند ہوتا ہے۔ مگر
مردم طور پر یہ عمل اس لئے پیش آتی ہے کہ معالج چاقو کے پھل کی سطح کے مطابق زور نہیں لگاتا۔ بلکہ چاقو کی چوڑی
طرف سے کانٹا چابوتا ہے۔ در زور دھار کے مطابق نہیں لگاتا۔ اسکو چاہئے کہ شگاف دیتے ہوئے چاقو کو ہلکے ہاتھ
سے پکڑیں اور جس طرح لکھنے میں صرف انگلیاں حرکت کرتی ہیں اسی طرح شگاف دینے میں انگلیوں سے کام لیں۔

۳۔ چاقو کے اوپر غیبیہ چڑھ جائے جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ چاقو کو بہت زیادہ پیچھے کی طرف ٹیڑھا کر دیا
جاتا ہے۔ اور اس وقت معالج چاقو کی دھار کے بجائے چوڑے حصہ سے شگاف دینے کی کوشش کرتا ہے، لہذا
جب یہ شکل پیش آدے تو چاقو کی سخت اور مضبوط گرفت کو ڈھیلا کر دیں۔ اور اسکو ذرا سامنے کی طرف ٹیڑھا کریں
غیبیہ کو اندر سے کاٹ دیں اور احتیاط رکھیں کہ چاقو کا کوئی حصہ اجھان کو نہ چھو جائے ورنہ آنکھ کے اندر عددی
داخل ہونے کا اندیشہ رہتا ہے۔

میسر اور جب۔ (قطع غیبیہ) بائیں ہاتھ میں جمٹی پکڑیں۔ اور اس کے پھلوں پر سے پانی کو تھک کر
گرا دیں یعنی قینچی دائیں ہاتھ میں انگوٹھے اور انگوٹھے کے پاس والی انگلی سے پکڑیں۔ اسی ہاتھ سے عضلہ مخیر جفن
کو چھنکھیا اور اس کے پاس والی انگلی سے اوپر کو ہٹائے رکھیں اور غیبیہ جمٹی کو اندر داخل کریں یعنی قینچی کو بھی تیار
رکھیں تاکہ غیبیہ کو پکڑ کر باہر کھینچنے پر فورا کاٹ دیں۔ بہتر ہے کہ دائیں ہاتھ کی انگلیوں کے سروں کو مرہین کے
رخساروں پر نیک دیں تاکہ ہاتھ نہ ہٹے۔ مگر اس امر کی بہت احتیاط رکھیں کہ غیبیہ جمٹی اجھان سے نہ چھو جائے،



۱. مائع دھکن مشین کا موبہا ہند والے عدسہ کے نکالنے کا نتیجہ
۲. مائع و گیس کا حلقہ نما آلہ جنس سے موبہا ہند آلہ کو جاتا ہے
۳. علیحدہ دو پکڑوں والا ٹک بڑھ اس وقت استعمال ہوا تھا جسے حساب کی مسواط سے اس کو لے پکڑ سکتے تھے
۴. عدسہ کو نکالنے کا ٹک اس وقت استعمال ہونے لگا جس سے جب کہ عدسہ پھٹس جائے
۵. حوال کا ٹک (مائع موریٹھ کا)

بنا دیتا ہے۔ جب غنہ کو باہر کھینچیں، بیسے ہی غنہ باہر نکل آئے اور مٹی چھٹی سے کٹ دینا شگاف نمودی ہو، پتہ ہے کہ اس کا منہ چھوٹے سے چھوٹا ہے۔ اگر کوئی مددگار بوقت نیکو کو قحط رہتے ہوئے ہے۔ مذکورہ رسد والی چھٹی سے قریبی دھبی جا، قصہ کے نزدیک اوپر کی طرف شگاف کے انہی جانب دائیں نکلیں اور شگاف کے صدری جانب بائیں نکلیں میں ملحقہ کوٹ زیریں ساختوں کے پکڑیں۔

تیسرے درجہ کے عوارض۔ اگر مدد سے کٹری حصہ نرم اور چول ہوا ہو تو مدسی نو پھیل کر غنہ کے سامنے آجاتا ہے اس وقت غنہ کو پکڑنا مشکل ہو جاتا ہے، مٹائیوں میں بسیط استخراج مدد سے کام لیں زیادہ مناسب ہوتا ہے۔ قطع غنہ کا عمل نہ کرنا چاہئے۔ اگر معالج چاہتے تو اس وقت بھی غنہ کا پکڑنا ممکن ہے بشرطیکہ چھٹی کو اس طرح گھومیں کہ اس کا ایک پل پٹے کی طرف جائے اگر پکڑنا کامیاب ہو تو مدد سے کوٹکے کے بعد قطع غنہ کا عمل کرنا چاہئے بشرطیکہ غنہ ڈھیل معلوم ہو۔

(۲) ممکن ہے کہ غنہ کو پکڑنے کے بعد سکو کٹنے سے پہلے ہی مٹائی کے ٹکڑے کو گھاسنے یا سر کو ہلکے سے غنہ پتہ پر نہ کر کے سے بچتے ہوئے، اس نظر سے بچنے کے سے ضروری ہے کہ غنہ کو بہت آہستہ سے پکڑے رہیں، درکار کٹنے میں مت جلد کریں، اور اگر باطن میں یہ حادثہ پیش آجائے تو قائم کرنے والی چھٹی درمیان بھن دوڑوں کو چھوڑ دیں۔ بالائی بھن کے نیچے ہلکے کو داخل کر کے اوپر اور سامنے کی طرف بھن کو لے آویں اس وقت یہ ممکن ہو جاتا ہے کہ ٹیرسٹے طریقہ پر یعنی چھٹی کو اندر داخل کر کے غنہ کو پکڑ کر باہر لے آویں، اور فوراً کٹ دیں اس حالت میں مٹائی شاذ و نادر ہی کسی قسم کی حرکت کرتا ہے۔

چوتھا درجہ۔ (اخراج مدد) معالج اپنے بائیں ہاتھ کی انگلیوں سے عضلہ محیط بھن کو اوپر کی طرف بھری کر کے ہلکے پھیلنے رکھے۔ اور مددگار ایک ہاتھ سے مٹائی سے رخسار کو پٹے کی طرف کھینچے رکھے اور دوسرے ہاتھ سے منقح بھن کو سامنے کی طرف اٹھائے رکھے۔ معالج اپنے دائیں ہاتھ میں ملحقہ لیگ شگاف کے سے باہر لے کر کے اوپر مصلیہ پر ذرا پیچھے اور پھر آگے کو دب دیتا ہے اس طرح کرنے سے مدد سے اوپر کے کنارے پر پٹے کی طرف اس کی پچھلی جانب سے دب دیتا ہے جس کی وجہ سے مدد سے دب کر شگاف میں سے باہر نکل آتا ہے۔ اس وقت غور سے قریبی مٹی جا، اتصال کی سطح معلوم کر کے اس کے عمودی قطر پر قریبی کے

زیرین چوتلی کے مقام پر جمعہ کے ذریعہ دباؤ ڈالیں۔ اگر پہلے درجات میں تمام عمل صحیح طریقہ پر انجام دیا گیا ہو تو یہاں
 کمرے سے عدد سہ کا اوپر کا سرانگٹ کے اندر چلا آوے گا۔ جب یہ ٹکنا شروع ہو تو دباؤ کے رخ کو ذرا بدل دیں
 یعنی اب دباؤ ٹکنا کے اوپر کی طرف ڈالا جائے۔ اور عدد سہ کو ان دباؤ والی حرکات کے ساتھ ساتھ باہر سے
 کوشش کی جائے۔ اگر عدد سہ ٹکنا کے دونوں کناروں کے درمیان اٹک جائے، تو دونوں کناروں پر ذرا دباؤ
 ڈالیں یا دین کی سوئی پر عدد سہ کو اٹھا کر باہر نکال لیں۔ اگر دباؤ صحیح طور پر ڈالا جائے اور اس کے باوجود عدد سہ باہر
 نہ نکلے تو سمجھنا چاہیے کہ ٹکنا چھوٹا ہے یا عدد سی غلات پوری طرح نہیں پھٹا۔ اسی صورت میں عدد سہ کے غلات کو
 پوری طرح شق کر دیں اگر ٹکنا چھوٹا ہو تو کاسٹے والی عمدہ مٹھر قینچی کا ایک پھل قرنیہ و عنیبہ کے درمیان ٹکنا
 کے ایک کونے میں داخل کر کے ٹکنا کے نمہ کو بڑا کر لیں۔ اس آپریشن میں جب صحیح طور پر دباؤ نہیں ڈالا جاتا تو عدد
 ٹکنا کے اوپر داسے لب کے پیچھے چلا جاتا ہے اور پھر باہر نہیں نکلتا۔ اگر یہ حادثہ پیش آوے تو ٹکنا کے
 ہوں کو چوڑا کر دیں۔ اور عدد سہ کو صاف و مٹھر سوئی کے ذریعے شق لادیں۔ ایسا کرنے سے یہ باہر نکل آوے گا۔
 اگر ٹکنا کافی بڑا ہو تو عدد سہ اپنے زیرین کنارے سے باہر نکل آتا ہے۔

پانچواں درجہ۔ ذخرانہ مقدم کھلمی نگیں سیاں سے دھونا اور زخم کو آنکھ بند کرنا سے پہلے
 درست کر لینا، سیال کے طرف والی ٹکلی کے سامنے بڑی ٹکلی لگا دیں۔ اور دونوں کے جوار اتھار پہ بٹھہر دی مٹی
 دیں۔ تاکہ اگر کوئی قطرہ ٹپکے تو اسی روئی میں جذب ہو جائے۔ آنکھ کے اندر نہ گرے۔

سیال کے طرف کے ساتھ ٹکلی ہوئی ٹکلی کے سرے کو معالج اپنے بائیں ہاتھ کے انگوٹھے اور ٹکلی کے
 درمیان پکڑے تاکہ سیال کے ہاؤ کی رفتار کو کسی قدر کم و بیش کر سکے اور اسی ہاتھ کی تین انگلیوں سے عضلہ محیط جفنی کو
 ٹھونک کر اس کی طرف ہٹا کر رکھے، مددگار مفاتح الجفن کو سامنے کی طرف اٹھانے رکھے اور سینٹا دو سر سے ہاتھ
 کے انگوٹھے یا انگلی سے عضلہ محیط جفنی یعنی زیرین جفن کو نیچے کی طرف کھینچے رہے۔ معالج سینٹا دینس ہاتھ کی کلائی
 کو مرن کی پٹائی پر ٹیک دے، اسی ہاتھ میں سیال کے برتن کی ٹکلی کو پکڑے رہے پٹائی کو زیرین جفن سے
 چھسے پر ڈالے، اس کے بعد اس کی دھار کو زخم کے ہوں کی طرف کر دے، ایسا کرنے سے ذخرانہ مقدم ہر بات سے
 عنیبہ کے پیچھے بھی کچھ سیال چل جاتا ہے۔ اب اگر دھار کو آہستہ آہستہ جاری رہنے دے اور اس کے ساتھ ترمیم

پر چاروں طرف ترقوی پھیلی جا رہی تھی اس لیے کہ کئی طرف مصلحت کے ذریعہ آہستہ آہستہ چاروں طرف سے
 اس سے مدد کا تمام قشری حصہ آہستہ آہستہ باہر نکل آتا تھا اور کچھ حصہ کے بعد مدد بالکل سبب دانا سے گنتا ہی
 رہتا تھا۔ بقیہ کچھ حصے زخم کے باہر کی طرف سے چپے چپے ہوتے تھے۔ اور وہاں پھنس جاتیں تو سبب دانا کی طرف
 سے رطوبت نکلتی تھی کہ وہ رکا خچ اور پیچھے ڈھونڈا ہو۔ اس صورت سے بھی مدد کا تمام قشری حصہ خارج ہو جاتا تھا۔ اور اگر
 زخم کی جگہ پھنس جاتی تھی تو اندر داخل کر کے مدد کی طرف سے باہر کی طرف سے کچھ کچھ لادیں اور باہر نکال دیں۔ مدد کی
 طرف سے۔ اور ہر حصہ یا سارے پوری طرف خالی ہو جاتا ہے مگر یہ عمل مشکل ہوتا ہے۔

اگر کسی کوشش کے باوجود مدد کا کوئی حصہ نہ نکل سکے تو ایک اور مضر عمل میکر سکو، اندر داخل کریں اور اس پر
 مدد لیں اس سے بقیہ حصہ بہت جلد خارج ہو جائیگا۔

بہت بد وقت نہیں بالکل سبب دانا نظر آئے تھے تو غصیہ کو اپنی جگہ پر دس کر کے کوشش کی جاوے جس کا طریقہ
 یہ ہے کہ نکلنے سے دھار کو زخم کے دونوں کناروں کی طرف ڈالیں، اس طرح غصیہ یا ثانی اندر چلا جاتا ہے۔ اگر کسی قسم
 کا ٹکڑا ہے تو سواٹا یعنی زخم کے اندر داخل کر کے غصیہ کو اپنے مقام پر درست کر دیں، اس کے بعد اجھان کو بہت
 کر کے شکاف کو آہستہ آہستہ سہل کریں، مگر یہ خیال رکھا جاوے کہ جہن کی کنارہ زخم کے ہوں کے ساتھ نہ لگے اور ٹکڑے کے
 اندر سے رطوبت خزانہ مقدم میں نہ چلی جائے۔ اب ٹکڑے کے اندر نیز دھن کا ایک قصہ ذکر آٹکھ کو بند کر کے پانی باندھ
 دیں۔ بطور تاکید کے اس امر کو مکرر ذکر کیا جاتا ہے کہ سیاں کے برق اور نگی وغیرہ کو ہمیشہ مضر کرنا ہے بعد ستوں کریں۔

اخراج مدد کے آپریشن میں اجھان کو | یہ طریقہ اس قدر اہمیت رکھتا ہے کہ اس کا بیان کرنا ضروری ہے،
 اس میں مددگار مرعین کے بائیں طرف کھڑا ہوتا ہے، اور جہن کو گھونٹنے
 والے ایک بالائی جن کے پیچھے لگتا ہے دائیں ہاتھ کے ٹکڑے

اور انگشت شہادت کے درمیان ہک کو پکڑتا ہے۔ اور اسی ہاتھ کی بقیہ تین انگلیوں سے غصہ محیہ یعنی کو دہر کی طرف
 مچھری کنارے کی طرف ہٹائے رکھتا ہے ایسا کرنے میں اس کے ہاتھ کی پھیلی مرعین کے بیروں کی طرف ہوتی ہے جس
 ہاتھ سے زیرین جن کو مچھری کنارے کی طرف پیچھے کھینچے رکھتا ہے۔ اب اگر جہن کو سامنے لادیں تو اس کے ساتھ ساتھ
 تجربہ نہیں نہ عمل مع اپنے تعلقات مثلاً رباط، عقد، ٹیناں، عضلات چشم سب کے ساتھ تھے کوئی نہ ہے۔ گویا کہ

اس طرح آنکھ کا موثر قطب مجھ کی چوٹی کی طرف خود بخود آجاتا ہے جس کے ساتھ رطوبت زجاجیہ بھی اسی طرف چلی جاتی ہے۔ لہذا اس کے باہر نکلنے کا خطرہ باقی نہیں رہتا۔

اصول و قواعد مع ضروری ہدایات | مندرجہ ذیل امور کے ذکر کرنے کا مقصد یہ ہے کہ آپریشن کرنے والے معالجین کو ان خطرات سے آگاہ کر دیا جائے جو کہ آپریشن کے سلسلہ میں پیش آتے ہیں تاکہ وہ پہلے سے ان خطرات سے بچنے کے لیے تیار رہو جائیں۔

اگر کسی مبتدی کو آپریشن کرتے ہوئے دکھایا جائے تو معلوم ہو گا کہ یہ اپنے اوزاروں بالخصوص سوئی اور چاقو کو جھنی کناروں پر لگانے کا عادی ہوتا ہے۔ اور چاقو کی نوک کی طرف اس قدر ہمہ تن متوجہ رہتا ہے کہ بقیہ حصہ چاقو کو بالکل ہی بھول جاتا ہے۔ یہ ایک ایسی عادت ہے جس کو ترک کرنے کے لئے توجہ اور محنت درکار ہوتی ہے۔ بہتر ہے کہ دوسری طرف چاقو کی نوک داخل کرنے سے پہلے آنکھ کو اندر کی طرف گھمائیں، اور پھر درمیانی خط پر لے آئیں۔ اس کے بعد چاقو کو دوسری طرف نکال کر شگات کو پورا کریں۔ ایسا کرنے سے جھنی کناروں کو راستے سے ہم پوری طرح ہٹا سکتے ہیں۔ خصوصاً ایسی حالت میں جب کہ ہم آپریشن سے پہلے جھنی بالوں کو بالکل کاٹ چکے ہوں۔

دوسری بات جس کا خیال رکھنا ضروری ہے وہ متعلق الجھن کا استعمال ہے۔ بعض معالجین اس کو لگانے میں اجفان کے کناروں سے خوب مس کر دیتے ہیں۔ اگر مددگار زمین جھن کو اور علاج بالائی جھن کو ہٹا کر احتیاط سے مفتاح الجھن کو لگائے تو کوئی وجہ نہیں کہ اوزار میں جھنی کناروں سے کسی قسم کا مواد لگ سکے۔

ہر اوزار کو دوسری مرتبہ استعمال کرنے کے لئے منہ ہندہ در کریں۔ کاسٹ سٹنڈ اسے اوزاروں کے کاسٹ سٹنڈ سے سرے سے خارج کر کے ہاتھوں کو نہ لگنے پائیں اور بقیہ اوزاروں کا باقی کسی جگہ چوبنا کسی طرح مناسب نہیں ہے۔ اس قسم کی غلطیاں اس قدر عام ہو رہی ہیں کہ ان کے متعلق تنبیہ کر دینا نہایت ضروری ہے۔ اگر علاج بہت زیادہ آپریشن کر چکا ہو تو آپریشن کے ہر درجہ میں یہ حرکات خود بخود درست ہو جاتی ہیں۔

اخراج عدسہ کے آپریشن کے متعلق چند اصول | (۱) کبھی جلدی نہ کی جائے، کیونکہ اس آپریشن میں خود ہی وقت کم لگتا ہے۔ (۲) قائم کرنے والی چوٹی کو ہلکے طور پر پکڑیں مقدمین پر بالکل دباؤ نہ پڑے کیونکہ اس دباؤ کی وجہ سے بہت زیادہ زجاجیہ نمائش ہو جاتی ہے۔ قائم کرنیوالی

چینی کو چرٹس کی ضرورت نہ ملنے سے ہوتی ہے کہ نیکو ایک جگہ برقی ٹیم رہے۔

۳۲. پاؤ کو سونی سے مناسب ہوتے سورن کے اندر داخل کریں یہ آسانی اندر داخل ہو جائے چونکہ سورن میں سے پڑ جاتا ہے اسے دوبارہ نی غایت میں ہوتی۔

(۳) پاؤ کو اس کے محور پر بھی نہ گھمیں۔ در نہ رہو بہت، نی غایت ہو با رہی

(۵) دوسری مدت صبیحہ کے مذکر کبھی پاؤ نہ نکالیں کیونکہ شکلات میں اعتدال ہو جائے بہت زیادہ دوسری مدت قریبی صبیحہ پر پاؤ کو ٹکھن چاہئے۔

۱۶ دوسری طرف پاؤ کو نکالنے کے سے ہیایت دہری کے ساتھ پاؤ کے چل کو دوسری طرف بھیجیں در روشنی کے، مذکر کو بپٹے سے ہی نہیں کر دیں تاکہ شکلات پٹے ہی پڑ جائے۔ اس کے ساتھ پاؤ کے چل کو ذرا سا تنگی کی طرف لائیں تاکہ یہ صبیحہ کے دہریہ نہ پڑے۔ اس کو کوئی نقصان نہ پہنچے۔

۱۷. کھانے میں ذرا چل کی تھکے مت بن گھمیں، در وہ سے ہو۔ پر نہ ڈال جائے ایسا کرنے سے تیز باؤ قریبی سے بالکل سی طرح گزرتا ہے بیاب کہ مکھن میں سے۔ پاؤ کو بہت تھکی کے ساتھ نہ پڑ جائے، سکی تیزی پڑھ کر میں، طاقت سے بالکل کام نہ لیں۔

۱۸. بہت سے ہیایت امین کے ساتھ شکلات میں جدی کبھی کوئی ضرورت نہیں، اس اعتبار سے کہ بہت سے ہیایت امین کی در نہ ضرورت نہ پہنچیں گی در نہ جن کے زور سے پیچنے کی وجہ سے ذرا جابجہ خارج ہو جاتی ہے۔ در نہ منطوقی ساتھ چھوٹا ہوتا ہے اسے سے صبیحہ کو مدتی کر کے سے پکڑیں۔ گرفت میں بہت تھوڑا حصہ لیں در نہ بہت کھانے پر گماں اس طرح کریں کہ پیچنی کی وضع شکلات کے ساتھ عمودی ہو۔

(۱۰) عینیہ کو چھٹی سے کچل نہ دیں۔ بلکہ بقدر نرمی سے مکھن ہو پکڑیں۔ باہر کھینچنے میں بھی ہیکہ زور لگا سنے کی ضرورت نہیں۔ اگر اس کا خیال رکھیں گے تو مرہن کو کسی قسم کا درد نہ ہوگا۔ در نہ وہ درد کی وجہ سے پیچے کو بنے گا اس طرح معالج آسانی کے ساتھ آپریشن کر سکتے گا اور عینیہ بھی شکلات کے کناروں میں نہ چھٹے گا۔

(۱۱) شکلات کافی پڑا ہوتا کہ مددہ آسانی کے ساتھ خارج ہو سکے۔ چھوٹے شکلاتوں میں تخفیف ہوتی ہر سونی کے ذریعہ غلط مددہ کو شق کرتے ہوئے مددہ کے حجم اور اس کے ہر کے۔ وہ کی نوعیت کی اطلاع ہو سکتی ہے

اسی کے مطابق شکاف دینا چاہئے۔

(۱۲) عددہ کا نویہ اور اس کے قشری حصہ کا کانا کافی سمجھیں۔ بقیہ حصہ آسانی کے ساتھ وصل کر رکھ سکتا ہے۔

یہ طریقہ بہتر اور آسان ہے۔

(۱۳) غنہ کو اپنی ہلکے پراستیاط کے ساتھ واپس کر دیں۔ جب تک عددہ پوری طرح صاف نظر نہ آوے اور

تک مطمئن نہ ہوں۔

(۱۴) اگر عددہ بہت سیاہ نظر آوے اور زجاجیہ قرنیہ کے غلاف آکڑاس کی موخر سطح کو دبائے جس کی وجہ

سے خزانہ مقدم غائب ہو جائے تو اس کا یہ مطلب سمجھنا چاہئے کہ زجاجیہ کا غلاف پتلا ہے۔ اگر اس حالت میں آپٹک
کیا گیا تو اس کے نکلنے کا ڈر ہے۔ اس وقت آنکھ کو فوراً بند کر دیا جائے اور آپریشن کو ملتوی کر دیں۔

(۱۵) غیر شکاف موخر غلاف عددہ کو نہ چھیریں کیونکہ اس کا علاج بعد میں سولی کے ذریعہ آسانی سے ممکن ہے۔

(۱۶) مقدم غلاف کا تیرتا ہوا ٹکڑا الگ کر دیں۔ اگر ضرورت ہو تو اسکو الگ کرنے کے لئے مٹی چینی استعمال کر

کریں اگر زخم میں زجاجیہ نظر آوے تو فوراً آنکھ کو بند کر دیں۔

(۱۷) اگر شکاف میں عددہ ظاہر نہ ہو یا غنہ صاف جھکے پیچے اور اوپر دباؤ ڈالنے کے بعد بھی نہ ظاہر ہو تو اس کے

وجہ حسب ذیل ہوتے ہیں۔

(الف) غلاف کا کافی انشقاق۔

(ب) صیبی لب کے نیچے اوپر کی طرف عددہ کا چلا جانا۔

(ج) خزانہ مقدم کے زیرین حصہ میں نویہ کا گر پڑنا۔

(د) شکاف کا بہت چھوٹا ہونا۔

(ه) مٹی کٹاؤ کا نہ ہونا جس کی وجہ غنہ کی سختی ہوتی ہے۔

(و) ربابا معلق عددہ کے ٹوٹ جانے کی وجہ سے عددہ کا پیچھے کو گر پڑنا۔

اگر غلاف عددہ کا کافی نہ پھلے ہو تو غلاف کو شق کرنے والے آلہ کے ذریعہ یا چاقو سے عددہ

عددہ کو شق کر دیں۔

۱۰۰۲۔ اگر مدی ٹنگاٹ میں تپن جو سے تو ان کو گھم کر باہر نکالیں جس کا طریقہ یہ ہے کہ مقلد
 ان کے ساتھ اندر سے باہر ہر کی طرف گھم دیں۔

۴۔ سونی کے ذریعہ مدی مذکور پہلے سن میں اگر رہو بہت زانی باہر نکل آوے جس کا باعث سونی کے
 میں کہ چوڑا ہوتا۔ یا چاقو کو دئی طرف سے داخل کرنا ہوتا ہے۔ تو ایسی صورت میں ذرا مقدم کو ہم تانی کے
 ساتھ بدھ سکتے ہیں جس کا طریقہ یہ ہے کہ سیال واسے برتن کی نوئی کو سونی کے سورخ کے پاس رکھ کر کسی مستند
 پر تین اور دھار کو بٹھنے دیں۔ یا کر کے سے خزانہ مقدم بھر جاتا ہے۔ درپیش میں آگے کے مدارج اغلام
 سب بٹھائے ہیں۔

آپریشن کے ذریعہ مقلد
 مین کا نکال دینا

اس میں عمومی تحذیر کی ضرورت ہوتی ہے، نو دکن کے ذریعہ ترقی یا بغیر درد کے
 یہ عمل انجام دیا جاسکتا ہے۔ جن بڑے مریضوں کی شریانیں میں مریض موجود ہوں نہیں
 اس طریقہ کا اختیار کرنا، سب سے قبل مریض دے مریضوں میں بھی اس پر عمل کرنا
 یا جسے ملحقہ میں پہلے ۲ فیصدی طاقت کا کوکین محلول ڈال کر تحذیر پیدا کریں۔ اس کے بعد ایک لمبی ٹیڑھی سونی والی
 پکڑی کے ذریعہ دو فیصدی طاقت کا نو دکن محلول مقلد مین کے پیچھے کی نیچوں میں چاہے جگہوں پر تلیق کر دیا جائے
 زیرین دہرائی طاق ملحقہ کے اندر سے اوپر بیرونی دائرہ دنی حقیقہ کی طرف سے ہر چاہے جگہ پر۔ اسی کو نو دکن محلول
 نتائج کریں۔ سونی اس طرح داخل کی جائے کہ اس کا خنار مقلد مین کی گورانی کے مطابق اندر جائے اور مقلد مین
 سونی سے مجروح نہ ہو۔ طاق ملحقہ کے اندر سونی داخل کرتے وقت کسی قدر تکلیف محسوس ہوتی ہے۔ کیونکہ یہاں تک
 کوکین محلول سے کامل تحذیر پیدا نہیں ہوتی۔ اور بقیہ آپریشن بغیر کسی قسم کے درد کے کیا جاسکتا ہے۔ مگر جب آنگو
 میں کسی قسم کا درد درود ہو تو ایسی صورت میں مقامی تحذیر کو نہ اختیار کرنا چاہئے۔ آپریشن کرنے سے دسٹ
 پت نو دکن کی تلیق کی جائے تاکہ آپریشن کرتے وقت تک کامل تحذیر پیدا ہو جائے۔ اس آپریشن میں مندرجہ ذیل
 اوزار و کار ہوتے ہیں۔

۱۔ مفتاح الجفن ۲۱۔ قانچہ کرنے والی چپنی دو عدد ۳۔ منی ریل کو کاٹنے والی قینچی (۴) حوں کا ہک (۵)
 لہذا نوک والی قینچی (۶) یہ سیدھی ہو یا ٹیڑھی۔

معالج کو مرنے کے سر کی طرف کھٹا ہونا چاہیے، ٹمٹھ کو قاعدہ کے طور پر اچھی طرح دھوئیں۔ اور آلہ مفتاح الجفن کو آنکھ میں لگا دیں قزوی و صہبی جا، اتعال کے سب سے اونچے مقام پر ٹمٹھ کو پکڑ کر اس مقام پر ٹمٹھ میں شکاف دیں۔ ٹمٹھ قینچی کی نوک ٹمٹھ کے اندر لیجا کر قزنیہ کے چاروں طرف نیچے کو جوں تک لیجا سکیں سے بائیں۔ یعنی ٹمٹھ کے نیچے قینچی کی نوک قزوی میڈ کے گرد پانچ حصہ تک جاسکتی ہے۔ اس بعد قزوی و صہبی جا، القدر کے نزدیک اسکو باہر نکال کر کاٹ دیں۔ اسی طرح دونوں طرف ٹمٹھ کو قزنیہ کے گرد ہم کاٹ سکتے ہیں۔ تیسری مرتبہ بقیہ نچلے حصہ کو جی کاٹ دیا جائے۔ اس طرح تین چار مرتبہ میں قزنیہ کے نزدیک ٹمٹھ کو چاروں طرف سے کاٹ سکتے ہیں۔ اب اس کے ہوسے سرے پر ٹمٹھ کو پکڑ کر یعنی ٹمٹھ کو آنکھ کے ڈھیلے سے الگ کر سکتے ہیں۔ یہی عمل آنکھ کے خط استوا تک چاروں طرف کیا جائے۔ چھوٹے چھوٹے ٹمٹھ و مقلہ عین سے قینچی کو نزدیک رکھنے سے آسانی ممکن ہوتے ہیں۔ اس طریقہ سے عشرہ ٹمٹھ کو بھی ہم نکال سکتے ہیں۔ اب بائیں ہاتھ میں مضمی رباط کو پکڑنے والے ہاتھ اور دائیں ہاتھ میں قینچی میں اس ہاتھ کے ذریعہ عضلات مستقیمہ کو باہر کی طرف پکڑ لیں اور مقلہ عین کے نزدیک سے کاٹتے جائیں، عضلات کو کاٹنے کا عمل بالائی مقلہ مستقیمہ سے شروع کریں۔ کیونکہ اسکو پکڑنا بہت مشکل ہوتا ہے۔ اگر اس سے پہلے بقیہ دو سرے عضلات کاٹ دے جائیں تو اسکو پکڑنا اور بھی مشکل ہو جائے گا۔ ہاتھ کو نیچے لیجا کر مقلہ عین کے ساتھ ساتھ آگے بڑھنے سے عضلات موربہ گرفت میں آجائیں۔ ان کو بھی اسی طرح کاٹ دیا جائے۔ اب مفتاح الجفن کو پکڑ لیں اور خوب کھول کر پیچھے کود جائیں۔ اگر سب عضلات ٹک گئے ہیں تو مقلہ عین مفتاح الجفن کے درمیان باہر کو نکل آتا ہے۔

اب دائیں ہاتھ میں دوسری قینچی پکڑ لیں اور بائیں ہاتھ کی انگلیوں سے مقلہ عین کو پکڑ لیں قینچی کو بند کر کے دائیں آنکھ میں باہر کی طرف سے اور بائیں آنکھ میں اندر کی طرف سے مجھ میں داخل کریں۔ اور صہبی باہرہ کو اندر کش کر کے قینچی سے کاٹ دیں۔ اور مقلہ کو آزادی سے باہر نکلیں لیں۔ ممکن ہے کہ عضلات موربہ کچھ رہیں، اب ان سے مقلہ عین سے لگے ہوئے ہو رہے۔ اگر ایسا ہو تو ان کو بھی کاٹ دیا جائے۔ کچھ دیر تک قزنیہ و قزنیہ سے زیادہ ہوتا ہے مگر مضر روئی کی گدی کے ذریعہ آسانی کر دیا جاسکتا ہے۔ اب ٹمٹھ کے کناروں کو قائم کر کے قزنیہ سے قزنیہ کے ذریعہ ایک۔ دوسرے کے نزدیک لادیں۔ اجھان کو بند کر کے پٹی باندھ دیں۔ مضر روئی کا پید پٹے والی کھان کا بنا دیں۔ اور اس کے اوپر سایا ناندھا گاڑ کر لوپینٹ کر خیر میں رکھ کر ذرا دباؤ کے ساتھ پٹی باندھیں۔ ایک یا دو دیر تک مضر روئی کو



۱ کلمٹ نوک والی لہلہچی جو آلہ سے لپوٹھیں ہر
۲ دوسری قسم کی لہلہچی

بستر پر نہا سے رکھیں

اگر مقدمین چوب جا سکیں گے، اندر سونٹ ہو جائے تو پریشر ٹیبل ہو جائے۔ اس کے بعد پریشر کریں۔ چوب میں بی ٹیل جرحی شکل ہوتا ہے۔

مجھ تشہین کے مقدمہ میں چوب نہا ہوتا ہے۔ ایسی آنکھوں میں منفتح عضل کے ذریعہ باؤر سٹے پر مقدمین بہ نہیں نکلتے۔ اور بہت زیادہ دباؤ دینے سے ممکن ہے کہ مقدمہ میں چوب جا سکے، لہذا بہتر ہے کہ اسکو بہا کاسے میں قلعچی کی نوک سے دھکے دیں۔

عصب باؤر کی پستی مصلیہ کا کٹنا آسان ہوتا ہے۔ بالخصوص جبکہ قلعچی یہ جرحی ہو سکی سے ماہرین عام سوچ سیدھی قلعچی کو پسند کرتے ہیں۔ جہاں تک ممکن ہو قلعچی یہ سٹے اوزاروں کے بجائے سیدھے اوزار استعمال کے جائیں کیونکہ یہ زیادہ بہتر ثابت ہوتے ہیں، سیدھی قلعچی کا استعمال سوقت اور بھی زیادہ ضروری ہوتا ہے جبکہ ٹیکی یا شیمی سلعہ ٹھیکہ کی وجہ سے عصب باؤر کو دور بہا کر کٹنا مقصود ہوتا ہے کل عین سے بچنے کے لئے خاص تدبیر اختیار کی جائیں۔

مقدمین کے کٹنے کی سفارش سی وقت کی جاتی ہے جبکہ ہم کو یہ معلوم ہو جائے کہ ہم آگے کو کسی طرح نہیں بچ سکتے۔ لہذا اس کا کٹنا دینا ہی بہتر ہوتا ہے۔ آپریشن کے دوران میں بہا کو زیادہ دباؤ نہ دیں، اگر پیپ بھل رہی ہو تو عضنی سٹائی، التاب کے پیدا ہونے کا خطرہ ہے جس سے زندگی معرض خطر میں پڑ جاتی ہے۔ اسی سے بعض ماہرین ایسے حالات میں آگے کو کٹانے کے عمل کو متوی کر دیتے ہیں اور اس وقت صرف بھی ٹنگا دیتے ہیں۔ پھر جب التاب بنی علامات غائب ہو جاتی ہیں اور ٹیکو سکڑ جاتی ہے تو اس وقت آگے کو نکال دیتے ہیں۔

التاب کل عین کا آپریشن کرنے کی نامت میں اگر پیپ بکھنا شروع ہو جائے تو بہتر ہے کہ مقدمہ عین پریشر ٹیبل پر اس کے اندر سے تمام نیسجوں کو بہا نکال دیا جائے اس کے بعد گاز کے ایک کرٹے کو ۲۰۰۰ میں ایک وقت کا یہ بی محلول میں جگہ کر آگے کے اندر خوب چھی طرح لگا دینے ہیں۔ اور ملحقہ کو کم طاقت واسے بی بی محلول سے خوب چھی صبر دھوئے ہیں۔ اس کے بعد فوراً مصلیہ کو کھات کر نکال دینا چاہیے کیونکہ اب التاب سٹی کا ڈر کم ہو جاتا ہے یا یہ بھی ممکن ہے کہ

اب آنکھ کو نکالنے کی ضرورت نہ باقی رہے۔

مذکورہ آپریشن کی مدت چند حالتوں میں متغیر کی جاتی ہے بعض ماہرین اسکو مقدم استفادہ میں بھی اختیار کرتے ہیں۔ حالانکہ اس صورت میں آنکھ کی اندرونی سبجوں کے نکالنے کے بعد جو بقیہ حصہ بچ رہتا ہے وہ مصنوعی آنکھ کے لئے مناسب سمائے کا کام دیتا ہے۔ مگر ہمارے خیال میں ان حالات میں آپریشن کو نہ کرنا چاہئے کیونکہ شہرکی شہاب میں کاغذ زیادہ رہتا ہے

معدہ میں کی سبجوں کو نکالنے کے بعد مصنوعی زجاجہ (شیشے کی گولی) داخل کرنے کا آپریشن بھی ایسا ہے جس میں خطرات بہت ہوتے ہیں مگر اس کے باوجود ماہرین اسکو کرتے ہیں اس آپریشن میں شیشے کی ایک گولتیمبہ کے اندر ڈال دی جاتی ہے۔ اور صمیمیہ کو اس کے اوپر سی دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد درجہ بہت زیادہ ہوتا ہے، ملتحمہ میں درد اور احتقان پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ گولی معدہ میں سے باہر نکل آدے۔ اس کے بعد بعض اوقات شہرکی التهاب میں پیدا ہو جاتا ہے۔

آنکھ کو نکالنے کے بعد شیشے کی ایک گولی غلاف ٹینا کے اندر رکھنا۔ یہ عمل جراحی باعتبار پختہ عمل کے کم تکلیف دہ ہوتا ہے۔ اسی وجہ سے اس پر اعتراضات بھی کم ہیں۔

بعض خاص حالتوں میں یہ ایک عمدہ آپریشن ثابت ہوتا ہے، اس کی وجہ سے مصنوعی آنکھ کو کافی سہارا ملتا ہے۔ بسیط عمل اخراج مقدمہ سے اس میں حرکت میں کی گنجائش زیادہ ہوتی ہے جس کی بنا پر مصنوعی آنکھ صحیح آنکھ سے زیادہ مشابہ ہو جاتی ہے۔ مگر اس میں یہ احتیاط ضروری ہوتی ہے کہ عمل جراحی جب قدر ہو سکے منکھ میں سے نزدیک کیا جائے اور غلاف ٹینا کو کم سے کم مجروح کیا جائے۔ اور شیشے کی گولی پر بوٹے کے مانند نیاطات کے ذریعہ عضلات کو اکٹھا کر کے سی دیا جائے۔ اسی کے اوپر ملتحمہ کو بھی بوٹے نما سلائی کے ذریعہ سی دیا جائے۔ اس عمل کے بعد التهابی رد عمل ہوتا ہے۔ اور ملتحمہ میں درد و احتقان بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ مگر یہ سب دوسرے آپریشن کی بہ نسبت کم ہوتا ہے۔ اگر مناسب طور پر عمل جراحی کو انجام نہ دیا گیا ہو تو ممکن ہے کہ شیشے کی گولی نچر میں سے نکل آدے اور آزاد ہو کر زیرین جفن کے نیچے آ جائے اگر اسی ہو تو شگاف دے کر اس کو نکال دینا چاہئے۔ یہی طریقہ بہتر ہے۔

آنکھ کے کچل دینے کے بعد ہفتہ سے پینٹ مصنوعی آنکھ نہ لگائی جائے۔ درجہ بہ مصنوعی آنکھ لگانی
 ہر سے تو مشروٹ مشروٹ میں دو ایک گھنٹہ چھوٹی آنکھ لگانا شروع کریں یہاں تک کہ اس کو مزید
 کا تھکا دے ہو جائے۔ پھر پرنسپل کے ہاتھ کے بعد پورے چھ کی آنکھ لگانی ہے۔ درجہ بہ
 کے وقت اس کو کچل کر دھوپانی میں رکھ دیں۔ گلاس کے کنارے پتھ بھی تھکے ہو جائیں تو اس
 میں مدد کر دیں کناروں کے کھردرا ہونے کی وجہ سے ہوتی ہے کہ مصنوعی آنکھ کے نیل پر مہر لگاتے ہیں
 کیسے دی توجہ ہے۔ درجہ بہ اس کو خراب کر دیتا ہے۔ مذہب سانس ہی آنکھ کی ضرورت پیش کرتی ہے۔
 مصنوعی آنکھ مختلف قسم کی استعمال کی جاتی ہے۔

چھوٹا چھپت گئے سے۔ آنکھ کے کچلنے میں بھی دقت ہونے پر مچھی انسجہ میں، تھکے ہوئے مصنوعی
 ہونے سے اور کھدوری مصنوعی آنکھ کے عرصہ تک استعمال کرنے سے تھک جی سندھ اکھ ہو جاتا ہے۔
 یا سکر جاتا ہے۔

ساتھ میں اسباب کی وجہ سے تجربی خدائے اندر ایک طرف سے دوسری طرف تک یعنی باہر جاتی ہے۔
 میں جن کی بنا پر مصنوعی آنکھ کا استعمال کرنا نہایت تخفیف دہ اور غیر ممکن ہو جاتا ہے۔ اور آخری سبب کی وجہ سے
 زیریں طاق تھکے ناب ہو جاتا ہے۔ اس لئے مصنوعی آنکھ اندر نہیں پھیر سکتی۔

مذکورہ تمام صورتوں میں علاج مشکل ہوتا ہے۔ یعنی ریل یا کوکٹ وینا اور اس کے بعد ایسا کرنا ہوا دینا کہ
 جس میں مصنوعی آنکھ شیر کے آسان ہے۔ مگر اسی وقت تک جب تک کہ زخم بشروہ سے ڈانک نہ جائے کیونکہ
 اس وقت تک یہ ممکن ہوتا ہے کہ کنارے آپس میں لگنے کی وجہ سے جڑ جائیں اس مقام پر ایسے
 اپریشن کی ضرورت ہوتی ہے جس میں کہ دوسری جگہ سے غشاء منخالی کو لگایا جاتا ہے۔ بعض
 اوقات بعد ہی ترقیع بھی کی جاتی ہے۔ ہونے کی غشاء منخالی یہ مینڈک کے منہ کی غشاء منخالی ترقیع
 کے لئے مناسب ہوتی ہے۔

بہتر یہ ہے کہ یہ دینی جیتیم کو ککٹ وینا ہے۔ اور وپر کی جھن کو اوپر کی طرف، پیچھے کی جھن
 نیچے رخسار کے ساتھ ہی دیا جائے، اور کھلی ہوئی سطح پر غشاء منخالی کی ترقیع کر دی جائے تاکہ یہ

زخم بھی مندمل ہو سکے

سب سے زیادہ دشمن زیرین طاق کے بنانے میں پیش آتی ہے۔ اگر زیرین جنن میں کوئی خرابی نہ ہو تو میکسول (Maxwell) کا آپریشن اس کے واسطے بہتر سمجھا جاتا ہے۔ یہ آپریشن سادہ اور آسان ہے مگر اس کا بیون کرنا مشکل ہے۔

زیرین جنن کی بند پر بیضوی رقبہ بتایا جائے، اوپر کا شگاف جنن کے اندر نئے طاق کے مقام پر دیا جائے۔ تین مرکز میں ۸ ملی میٹر کا چوڑا پردہ رکھا جاتا ہے۔ جس کو چار طرف سے زیرین ساختوں سے الگ کر کے صرف پنج میں بیضی شکل کا لگا رہنے دیتے ہیں۔ اور جنن کے نیچے سے مجھ میں لے جاتے ہیں۔ اس کے بالائی طعنی کنارے کو زخم کے موخر لب کے ساتھ اور زیرین کنارے کو زخم کے مقدم لب کے ساتھ سی دیتے ہیں۔ جلد کے درمیان خالی جگہ کو اس کے دونوں کنارے اکٹھا کر کے سی دیتے ہیں اور آنکھ کی غلا میں شیشے کی ایک گولی رکھ دی جاتی ہے پردہ کا وسطی حصہ زیرین ساختوں سے طعنی رہنے کی وجہ سے زندہ رہتا ہے۔ اور اس کے کچھ اڈکی وجہ سے طاق کے مانند ایک گہرا مقام بن جاتا ہے۔ اگر زیرین جنن میں باہر کی طرف التواء پیدا ہو جائے تو بعد میں شگاف دے کر اس پر عمل ترقیع مناسب ہے۔ مگر اس ترقیع میں خیاطت نہ کرنا چاہیے بلکہ اس مقام پر صرف ترقیع واسطے ٹکڑے کو رکھ دیں۔ اور اس کے اوپر زخم کے دونوں کناروں میں ٹانگے لگا کر اس کو اپنی جگہ پر قائم رکھنے کی کوشش کریں، اور ان کو خشک رکھنے کے لئے بورک پوڈران پر چھڑکا جائے۔

دوسری آنکھ میں طریق ہدنی و شبی کا شرکی التھاب شروع ہونے سے

پہلے بطور حفظ ماتقدم کے مضروب آنکھ کا آپریشن

عمل جراحی کے ذریعہ آنکھ کا نکال دینا۔ اگر یہ عمل مناسب وقت پر انجام دے دیا جائے تو تمام ماہرین بالاتفاق اس کو بہتر سمجھتے ہیں۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ جراحیات کے اصول کی کامل پابندی کرنے کے بعد

آزہ مفتاح الجفن کو قائم کر کے ذریعہ کے چاروں طرف ٹخموں میں شکاف دیا جاتا ہے۔ اور نقلی ٹخموں کو چاروں طرف آنکھ سے الگ کر لیتے ہیں۔ یہ عمل قلعہ بچی سے انجام دیا جاتا ہے، اس کے بعد جوں کے بک کے ذریعہ ہر ایک زہریلے عضلہ کو پکڑ کر اس کے دتر کو مقدمہ میں کے نزدیک سے کاٹ دیتے ہیں۔ اور مفتاح الجفن پر پیچھے کو دبوا کر مقدمہ میں کو آگے سے آتے ہیں یا عضلہ چشمیہ کے سے جو سنے دتر کے مقام سے پکڑ کر مقدمہ میں کو آگے درندہ کی طرف کھینچ لیتے ہیں۔ اس حالت میں عصب باصرہ کو کاٹنے کے سے قلعہ بچی ٹخمر میں مقدمہ میں کے پیچھے داخل کر کے کاٹتے ہیں، خواہ یہ عمل قطع درمیانی سے سے انجام دیا جائے یا صدغی جانب سے۔ یہ حال جہاں تک ممکن ہو عصب باصرہ کو خوب پیچھے ہٹ کر کاٹیں اس عمل جراحی میں ٹانگے لگائے کی ضرورت نہیں پیش آتی۔

مقدمہ میں کے لٹکائے کے عمل جراحی میں آئینہ کا مکمل انتظام بہت ضروری ہے۔ اوزاروں کی تھیر کے علاوہ مقدمہ میں کو لٹک کر سنے کے بعد ٹخمر کو خوب اچھی طرح مرکزی محسوس (۵۰۰۰ میں اکی حالت کا) سے دھوئیں یہ مہر لہجی آئینہ سپیس اس صرف کے واسطے استعمال کریں، زیر قیوم (Xeroform) یا کوئی دوسرا سپاہو، جرنیٹیشن پاؤڈر ٹخمر میں چترک کو باغ عنونت پٹی باندھ دیں۔ اور دباؤ دانی پٹی سب سے اوپر باندھ دیں، ان ہی تدابیر کے ساتھ ہر ۲ گھنٹہ کے بعد ٹخمر کی پٹی اور بندش کی جائے۔

بعض اوقات اس آپریشن کے بعد التهاب سحالی شروع ہو جاتا ہے جو کہ ممکن ثابت ہوتا ہے۔ لیکن ہے کہ ان حالات میں عینی عدوی مفادی عروق کے ذریعہ جذب ہو کر دماغی جھیلیوں تک پہنچتا ہو۔ اور یہ بھی ممکن ہے کہ یہ عینی تعدی آلات عمل جراحی کے ذریعہ ہو جائے۔ یا آنکھ کے اندر کوئی سوراخ ہو سنے پر مدیدی حالتوں میں یہ عینی مواد باہر نکل کر ٹخمر کو مقامی طور پر ملوث کر دے۔ اور یہاں سے یہ تعدی دماغی جھیلوں تک تجاوز کرے۔

جب زخم مندمل ہو جائے تو اس کے بعد مصنوعی آنکھ لگانا چاہئے، مام طور پر آپریشن کے دو ہفتہ کے بعد اس کی ضرورت پیش آتی ہے۔ مگر شروع شروع میں ایک ماہ تک اس مصنوعی آنکھ کو ہر وقت استعمال کرنا چاہیے۔ کیونکہ ممکن ہے کہ اس آنکھ کی بقیہ انسجہ میں خراش پیدا ہو کر التهاب قلعہ پیدا ہو جائے۔

یہ ذریعہ برقی مشین تھیر کے بعد بھی انجام دیا جاسکتا ہے۔ اگر کسی وجہ سے عمومی تھیر کی ضرورت پیش نہ آئے تو سربراہان کو کرنا چاہیے۔

انکھوں کے زخمی وقت واسطہ محلوں کی ایک سی سی میں ۳ یا ۴ قطرے ایڈرے لیں ۱۰۰۰ میں۔ ان وقت کی محلوں کے دیتے ہیں۔ سب سے پہلے اس کو ٹھنڈے کے پتے تھیر کر کے ٹھنڈے کو محذور کر دیتے ہیں اور پھر اس سے چند قطرے چاروں منہات مستقیمہ کے مقلی جا را اذ نام کے پاس تھیر کر دیتے ہیں۔ زیرین عضلہ مستقیمہ کے ساتھ ساتھ سی سی محلوں کی تھیر کی جاتی ہے۔ اس کے واسطے سوئی کو کم سٹی میٹر تک اندر داخل کرنا چاہئے اور محلوں کو تھیر کر دینے کے۔ ان کے بعد عمل جراحی شروع کرنا چاہئے۔

مصنوعی آنکھ کا استعمال۔ مقلہ میں کو نکال دینے کے بعد مصنوعی آنکھ کا استعمال بد صورتی کو دور کرنے کے لئے اندرونی التواء یعنی کورو کے لئے بھی ضروری ہے بعض اوقات مصنوعی آنکھ کو مینٹی ہوئی آنکھ کے اوپر بھی استعمال کرتے ہیں۔ اس صورت میں یہ زیادہ خوبصورت معلوم ہوتی ہے اور اس کی حرکت بھی بہ نسبت اس حالت کے زیادہ ہوتی ہے جب کہ مقلہ میں کو نکال کر مصنوعی آنکھ لگائی جائے۔

علاج کے طور پر شرکی التهاب طریق ہدینی و شیمی والی

آنکھ پر عمل جراحی

اس عمل کا بہت کم اتفاق ہوتا ہے۔ اگر مرض تک تو تر میں برقرار ہے تو اس حالت میں صرف حاد التهاب کی صورت میں آپریشن کر دینا چاہئے۔ اور اگر صرف چند روز تک تو تر میں زیادتی رہے تو اس کی کوئی ضرورت نہیں ہوتی۔ اور نہ اسکو انجام دینا چاہئے کیونکہ اس وقت غنہ پر عمل جراحی کرنے سے التهابی حالت میں یہ عمل جراحی حمید کا کام دیتا ہے اور یہ ترقی پذیر ہو جاتی ہے۔ اس کے ساتھ فائدہ بھی کچھ نہیں ہوتا۔ اگر تو تر میں دقتی طبع پر کم بھی ہو جائے تو قطع غنہ سے پیدا کردہ نفاذ کو التهابی ترشہ بہت جلد پڑ کوٹیت ہیں اور تو تر دوبارہ برقرار ہوتا ہے۔

اگر عرصہ سے بڑھے ہوئے تو زمین کو کم کرنا ہی تھا۔ دہو تو بہت کم ہو سکتا ہے۔ زمین کو کم کر دیا جائے اس سے بمقابلہ ”قطع عنبیہ“ کے زیادہ فائدہ ہوتا ہے۔ وہ یہ کہ وہ چھ نفع دے گا۔
 ازیں اس عمل کو ایک سے زیادہ تہہ منجم دے سکتے ہیں۔ تو زمین کو کم کر کے اس سے بعض دوسرے
 سوراخ بھی کیا جاتا ہے اور اس کو ایک سے زیادہ تہہ بھی کام میں لایا جاتا ہے۔

منافری اعمال جرحیہ، جو کہ شرکی التہاب طریق بدنی دمی کے لئے انجام دئے جاتے ہیں

ان اعمال سے مقصد یہ ہوتا ہے کہ مصنوعی مدد بنا دیا جائے۔ التہاب کے کثیر ختم ہو جانے کے زیادہ
 دیر کے بعد ان اعمال کو انجام دینا چاہئے تاکہ مدد نہیں جو کہ ضرور ہو چکا ہے اس کی قائم مقامی دوسرے سوراخ
 کر سکے اور بنیادی جو کہ خراب ہو چکی ہے بہتر ہو جائے۔ ایسے اعمال جرحیہ کی منفذ و آب آنکھ میں سوخت ضرورت
 لاحق ہوتی ہے جبکہ اس کو نکال کر الگ نہ کر دیا گیا ہو۔

اس جگہ پھر ہم زیادہ زور دے کر یہ بتانا چاہتے ہیں کہ اس وقت تک اعمال جرحیہ کا خیال نہ کیا جاتا
 جب تک کہ التہاب کے ختم ہونے پر چھ ماہ کا وقت نہ گزر گیا ہو۔ اگر اس اصول کی پابندی نہ کی جائے تو التہاب
 از سر نو دوبارہ شروع ہو جاتا ہے۔ اور مصنوعی مدد بھی التہابی ترشحات سے بند ہو جاتا ہے یا اندر ان پشیم
 نزف الدم لاحق ہوتا ہے اور آنکھ کے درست ہونے کی تمام امیدیں خاک میں مچھلتی ہیں۔ اس کے علاوہ تمام
 اچھی حالتوں کے باوجود چونکہ اس امر کا امکان ہے کہ آپریشن کے بعد التہاب پھر خود گرنے لگے۔ آنکھ کے اندر
 نزف الدم لاحق ہو جائے یا خود آنکھ ہی بیچہ جائے، لہذا کوئی جرحی عمل اس وقت تک نہ کرنا چاہئے جب تک
 کہ اس عمل جرحی سے حاصل ہونے والے فوائد مقصد بہت زیادہ نہ ہوں۔

ان حالات میں چار قسم کے اعمال جرحیہ انجام دیے جاسکتے ہیں جنکو ذیل میں بیان کیا جاتا ہے۔

(۱) شق عنبیہ،

(۲) قطع عنبیہ،

(۳) انسراج عدسہ، (خواہ یہ شفافت ہو یا موتیا بستہ کی وجہ سے اس میں غیر شفافت حالت

پانی باقی ہو۔)

(۴) عدسہ کے لئے عمل ابرہ۔

قطع عنبیہ۔ جن آنکھوں میں طریق ہر بنی مشیمی کا التهاب شدید کون صورت اختیار کرتا ہے اور جن میں مؤخرالصافات کئی پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان میں شاذ و نادر اس عمل جرحی سے کچھ مفید نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ کیونکہ ان حالتوں میں عنبیہ کی پیچیدہ ساخت خراب ہو چکی ہوتی ہے کہ چھٹی سے عنبی غشاء کو پکڑنے پر اس کے ٹکڑے گرفت میں آتے ہیں جس کی وجہ سے مصنوعی حدقہ بالکل نہیں بن سکتا۔ علاوہ بریں عنبیہ کی مؤخر سطح پر کون لینی انسجہ بن چکے ہوتے ہیں جو کہ عنبیہ سے ملحق ہوتے ہیں ان انسجہ کی خراش سے از سر نو التهاب شروع ہو جاتا ہے۔ اور استہابی ترشحات مصنوعی حدقہ کو پھر بند کر دیتے ہیں۔

شق عنبیہ۔ اس عمل کی ان مہینوں میں نوبت آتی ہے جن میں التهاب عنبیہ کم شدید رہا ہو اور جن میں اس کی وجہ سے حدقی کنارہ چاروں طرف مقدم غلاف عدسی سے ملحق ہو گیا ہو۔ اس حالت میں ایک چوڑا مصنوعی حدقہ بن سکتا ہے، اس عمل کے واسطے عنبیہ کو اس کی سطح پر چھوٹے دائرہ منہی کے مقام پر پکڑا جائے کیونکہ حدقی کنارے پر اس کو پکڑنے سے ممکن ہے کہ مضبوط التصاق جو عنبیہ اور مقدم عدسی غلاف کے درمیان قائم ہے اس کے کھینچنے سے عدسہ کے غلاف کو کوئی صدمہ پہنچ جائے اور یہی صدمہ ضربی موت کا باعث بنے۔ شق عنبیہ کے لئے اس کے اندر ایک گول سوراخ کننا کافی ہوتا ہے۔

اخراج عدسہ۔ اس عمل کی اس وقت ضرورت پڑتی ہے جب کہ مصنوعی حدقہ بنا لئے کے بعد معلوم ہو کہ عدسہ کے اندر موتیا بند کی حالت موجود ہے۔ علاوہ ازیں ان حالتوں میں بھی اس کی ضرورت ہوتی ہے جن میں کہ غلاف عدسی اور عنبی کنارے کے درمیان ملحقہ دارالصافات موجود ہوں۔ اور شق عنبیہ کے بعد وہ مقام جہاں پر عنبیہ شق کیا گیا ہے ملحقہ مواد سے بھر جائے۔ کئی مؤخرالصافات کی تمام حالتوں میں بھی اس کی ضرورت پڑتی ہے۔ ان حالتوں میں خواہ عدسہ شفاف ہو یا غیر شفاف، پہلی حالت میں عدسہ کے نکالنے معمولی مرکب طریقہ بہتر ہوتا ہے، یا یہ بھی ممکن ہے کہ پہلے قطع عنبیہ کا عمل انجام دید یا پھر

اور اس کے چند ہفتوں کے بعد مدسہ کو نکال دیا جاتا ہے۔

کئی موخر اتفاقات کی صورت میں مندرجہ ذیل طریقوں میں سے کوئی ایک طریقہ اختیار کریں۔

ماہر وینسل کا طریقہ - (Wenzol's method) / موٹیو بند کے معمولی پریشانی کی طرح شکاف دیا جائے جس میں نشتر کو ایک طرف سے دوسری طرف کے پاس کو دبی طریقہ ہے مگر نشتر کو اندر سے جاتے ہوئے قرنیہ، عنبیہ اور مدسہ سے گزرا جاتا ہے۔ یہ مدسہ عنبیہ اور قرنیہ سے باہر نکالا جائے، اس صورت پر مدسہ جہاں تک ممکن ہو نکال دیا جائے۔ اور کسی غشاء سے جو فساد دی عنبیہ کے بقیہ حصے، عنبیہ کی خراب اشجہ اور مدفن عدسی پر مشتمل ہوتی ہے۔ اس میں سے V کی شکل کا ایک حصہ کات کر نکال دیا جائے۔ مگر اس عمل جراحی سے مدسہ بہت ہونچتا ہے جس کو ہر مقلد میں برداشت نہیں کر سکتا، یہاں تک کہ اس کے بعد مقلد میں کا بالکل بیٹھا جانا ممکن ہے۔

ماہر ہرش برگ کا طریقہ - (Hirschberg's method) / شدت نشتر کے

ذریعہ قرنیہ کے زیر مدفن حصے میں شکاف دیا جاتا ہے۔ بائیک عدافی چمٹی سے جس کو حدقہ کے اندر داخل کرتے ہیں، غلاف کا موٹا اور مستقیم حصہ پکڑ کر اس کو کھینچا جاتا ہے اس کے بعد سواط کوئی مدسہ کو نکال دیا جاتا ہے۔ چند ہفتوں کے بعد عدفی غشاء جو کہ عدسی اشجہ، موخر سفاقت وراثتی ترشحات پر مشتمل ہے اس کو کسٹوٹوم (Cystotome) سے کوٹ دیتے ہیں۔

اس جراحی عمل کا فائدہ یہ ہے کہ اس میں عنبیہ کو کوئی مدسہ نہیں ہونچتا۔ کیونکہ اس کو کٹائی

نہیں پڑتا۔

عمل ابمرہ — سولی اندر داخل کر کے عدسی غلاف کے اندر سے پاتے ہیں اور ایک دوسری

سولی کو پہلی سولی کے نزدیک لے جا کر دونوں کو ایک دوسرے سے ملاتے اور یک جہت سے اس طرح

غلاف عدسی کو شق کیا جاتا ہے۔ اس عمل سے پیئر کے مانند مدسہ کے جزا جزا نہ مقدم میں جاتے

ہیں۔ یہ چند ہفتوں میں جذب ہو جاتے ہیں اور غلاف خود بخود بند ہو جاتا ہے۔ مگر یہ عمل کئی مرتبہ

نہج میں پڑتا ہے۔ تب اس کے بعد مدفنہ عین صاف نظر آتا ہے لیکن اس سلسلہ میں یہ خیال رکھنا چاہیے کہ دوسری مرتبہ عمل ابرہہ کرنے سے پہلے یہ دیکھ لیا جائے کہ خراش کی ملائیں کلیتاً منفقہ و ہوسچی ہیں یا نہیں۔

اس عمل میں دو حسرا بنائیں ہیں۔ اول تو خراش کا پیدا ہونا۔ اور دوسرے تو ترعین کا بڑھنا۔
موصرا نہ کر کی وجہ یہ ہے کہ عدسی اجزاء سنہانہ مقدم میں آکر پھول جاتے ہیں جس کو آنکھ بڑاشت نہیں کر سکتی۔



عمومی علاج چشم حفظان صحت کے اصول

- (۱) مریض کے ماحول کو صاف اور پاکیزہ ہونا چاہئے۔
- (۲) مریض کی جسمانی صفائی کا مکمل خیال رکھا جائے
- (۳) اس کے کپڑے صاف اور پاکیزہ ہوں۔
- (۴) اگر قبض ہو تو رات کو منہ پلا کر صبح کو معمولی مسل (تلمین) استعمال کرائیں۔
- (۵) غذا ہلکی اور زود ہضم دی جائے (تلطیف تدبیر کا خیال رکھیں) جس میں مرچ اور مصالحہ وغیرہ بالکل نہ ہو
- (۶) آنکھ کو پوچھنے کے لئے مریض کو صاف اور پاکیزہ اچھا دھلا ہوا کپڑا دیا جائے اور اس کو دق تو تباہ نہ کرے
- (۷) اپنی انکھی مریض آنکھ میں ہرگز نہ لگائے۔
- (۸) منہ ڈھانک کر مریض کو سونے سے منع کر دیا جائے۔
- (۹) اگر شراب کا عادی ہو تو شراب کی ممانعت کی جائے مگر سن رسیدہ شخص اس اگر تھوڑی شراب کا عادی ہو تو ان کی شراب بند نہ کی جائے۔ اور اگر مریض بہت زیادہ شراب نوشی کا عادی ہو تو بالکل اس کی شراب کا بند کر دیا مریض کے لئے مضر ثابت ہوتا ہے۔ موتیا بند کے آپریشن کے بعد اگر ایسے کسی مریض کی شراب بالکل بند کر دی جائے تو خطرناک نتائج پیدا ہونے کا امکان ہو کیونکہ ایسی صورت میں ہڈیاں کی کیفیت طاری ہو جاتی ہے۔
- (۱۰) رات کو آرام کرنا مریضیاں چشم کے لئے بجا ضروری ہے جس لئے اگر نیند نہ آئے تو خواب آور دوا کا دینا ضروری ہے۔ آنکھ کے اور ام میں درد کے لئے اسپرین نہایت عمدہ چیز ہے اگر درد شدید ہو تو "جوہر افیون" "مارفیا" کا انجکشن دیا جائے جس کا نسخہ ذیل میں درج کیا جاتا ہے۔
- مارفیا ہائیڈروکلورہ ۱/۲ گریں۔ طبی نمکین سیال ۱۰ قطرے، مہلک کر کے زیر جلدی تلقیم کی جائے۔

(۱۱) بہان تک ممکن ہو مریض کو تازہ ہوا میں نکلنے کی اجازت دی جائے۔ اگر چونکہ کئی شکایت زیادہ ہو تو اندھیرا ہونے پر اس کو باہر نکلنے دیں۔

۲۔ مریض کا ماحول۔ گرد و غبار وغیرہ سے پاک صاف ہو۔

(۱۳) آنکھ کے شدید امراض مثلاً التهاب۔ نزف الدم۔ ضرب غیرہ جن میں اعمال جراحی بھی شامل ہیں۔ ان مریضوں میں مریض کو کام کاج چھوڑ دینا لازم ہے جہاں دوزش سے قطعاً منع کر دیا جائے اور کوئی ایسی حرکت نہ کی جائے جس سے کسی طرح آنکھوں پر زور پڑے۔ اس لئے ضروری ہے کہ ایسی حالتوں میں مریض کو بستر پر آرام سے لیٹنے کی تاکید کی جائے تاکہ آنکھ کے اندرونی دوران خون پر کم از کم اختلاف نہ ہو اور آنکھ نیز جیم کو حرکت کرنے کا کم موقع ملے بعض اوقات التهاب چشم میں خصوصاً جراحی عملیات کے بعد اس خیال سے کہ تحفظ ہو سکے محافظ عینک کا لگا دینا بہتر ہوتا ہے۔ یہی طرح آنکھ پر پٹی باندھ دینا مناسب ہے۔ عموماً یہ حفاظت دونوں آنکھوں کے لئے زیادہ موزوں ہوتی ہے۔ مآون خواہ ایک ہی آنکھ کیوں نہ ہو۔

(۱۴) بعض اوقات مریض خیال کرتا ہے کہ مآون آنکھ پر پٹی بندھ جانے کے بعد دوسری آنکھ سے کام کاج کرنے میں کوئی حرج نہیں۔ لہذا سمجھا دینا چاہئے کہ یہ قطعاً ناممکن ہے کہ ایسی صورت میں صرف ایک آنکھ پر زور پڑے اور دوسری آنکھ آرام میں رہے، طاقت توفیق۔ عمل استعداد قاق۔ مدد عین کا انعقباض۔ جو کام کاج کرنے میں ظہور پذیر ہو کرتے ہیں دونوں آنکھوں میں ہمیشہ ایک ساتھ انجام پاتے ہیں۔ اور دونوں آنکھوں میں ان کی حد ایک ہوتی ہے۔ جانوروں پر یہ تجربات کرنے سے معلوم ہوتا ہے کہ ایک آنکھ کے شبکیہ پر شعاع نور ڈالنے سے دونوں آنکھوں کے مخروطی اجسام میں انعقباضی کیفیت رونما ہوتی ہے اور شبکیہ توین دونوں آنکھوں میں یکساں برہتی ہے۔ لہذا اگر ہم صرف مآون آنکھ کو روشنی سے محفوظ رکھیں تو صرف اس پر پٹی باندھنے سے کام نہ چلے گا۔ بلکہ دونوں آنکھوں پر پٹی باندھنے کی ضرورت ہوگی

کسی اندھیرے مکرے میں مریض کو رکھنے کے بعد دونوں آنکھوں سے روشنی کو عمدہ کرنے کی شاذ و نادر ہی ضرورت پڑتی ہے۔ آج کل ہم اندھیرے میں علاج نہیں کرتے۔ زمانہ سابق میں اطباء کا یہ دستور عمل تھا۔ اب اس کو ترک کر دینا کی وجہ یہ ہے کہ اس سے مریض کے جسمانی اور ذہنی قوتی میں اضمحلال پیدا ہوتا ہے۔ علیٰ ہذا القیاس زیادہ دنوں تک دونوں آنکھوں پر پٹی باندھنا بھی اس کا باعث بنتا ہے۔

زمانہ سابق میں یہ ضرورت موت یا بندہ کے پڑش کے بعد پیش آتی تھی۔ سن رسیدہ شخص اس لئے قتل، روشنی و بارش خطرناک ہوتا ہے۔ اس لئے سے ان میں دماغی خلل پیدا ہو سکتا ہے اگر کسی شخص کی نگاہ میں موت یا بارش یا کسی اور چیز پریشانی والے دوس کی دونوں آنکھوں پر پانی بہہ دی جائے تو بغیر کسی حیرت کے ہم اس کو روشنی کے لئے کی اجازت دے سکتے ہیں۔

محفوظ عینک۔ اگر آنکھ کے لئے روشنی سے حفاظت کی ضرورت ہو تو دھوئیں کے رنگ یا عینک دونوں آنکھوں پر استعمال کی جائیں۔ اور دکھائی دینے والی شاعوں کے لئے متبادل یا کسری رنگ کی عینک استعمال کریں یعنی تندرست آنکھوں کے لئے اگر ہم روشنی کی مقدار کم کرنا چاہیں جیسا کہ برقیاتی مقام پر سفر کرتے وقت یا گرم ماحول اور بعض پیشوں میں اس کی ضرورت محسوس ہوتی ہے تو اس وقت ہم کو محفوظ عینک کی ضرورت محسوس ہوتی ہے ان کے ذریعہ ہمیں روشنی بھی الگ کی جا سکتی ہے۔ جب آنکھوں میں ذکاوت اس موجود یعنی چند زیادہ لگتی ہو یا آنکھ کا طبقہ شبکیہ یا شبکیہ ناف ہو تو چونکہ آنکھ کے اجزاء روشنی سے متاثر ہو کر اپنے افعال انجام دیتے ہیں اس لئے ان کو آرام دینے کے لئے روشنی کو بھیٹ کرنا نہایت ضروری ہے۔ چونکہ ہر قسم کو غیش فوق لبغشی شاعوں کو اپنے اندر سے نہیں گذرنے دیتا اس لئے دھوئیں کے رنگ کی عینک سے آنکھ کی حفاظت روشنی سے ہو سکتی ہے۔ اور مذکورہ شاعوں سے تو خاص کر آنکھ محفوظ رہ سکتی ہے۔ لہذا جب مقام پر فوق لبغشی شاعیں زیادہ ہوں۔ یا جس جگہ پر چکا چند پیدا کرنے والی تیز روشنی یا بجلی کی تیز روشنی ہو وہاں پر ان کو استعمال کرنا چاہئے۔ اگر روشنی کم ہو تو اس قسم کی عینک لگا کر بعض باریک یا چھوٹی قسم کی چیزیں نہیں دیکھ سکتا۔ ایسے اشخاص کے لئے ضروری ہے کہ ایسی عینک استعمال کریں جو کم روشنی میں صرف فوق لبغشی شاعوں کو جذب کریں اور روشنی کی بقیہ شاعوں کو جذب نہ کریں۔ ایسے غیشے زردی یا سبزی مائل ہوتے ہیں۔ ان غیشوں کی کمیابی سخت بھی مختلف ہوتی ہے۔ تجارتی دنیا میں اس قسم کے غیشوں کے نام مختلف ہوتے ہیں۔ یو فاس "کلورفل" "کریٹ" کے غیشے فوق لبغشی شاعوں کو مکمل طریقہ پر جذب کرتے ہیں۔ مگر ان میں رنگ نہایت خفیف یا بالکل نہیں ہوتا۔

محافظات چشم۔ آنکھوں کو ضربات و حوادث سے محفوظ رکھنے کے لئے محفوظ اشیا کا استعمال نہایت ضروری ہے۔ یہ محافظات اس قسم کی ہوں کہ نہ صرف سامنے کی طرف سے بلکہ پیچ کی طرف سے بھی آنکھ کی حفاظت کا کام دیں مگر اس بات کا خیال ہے کہ ہوا کی آمد و رفت کا سلسلہ آنکھ تک جاری ہے۔ ان کی وجہ سے آنکھ تک پہنچے ہیں

ہونا نہ رکے۔ ورنہ ناخوش گوار گرمی کا احساس شروع ہو جائے گا اور شیشہ اندر کی طرف تر ہو جائیگا۔ لہذا آنکھ کی حفاظت
جانبی باریک سوراخ والی جالی کے ذریعہ زیادہ مناسب۔ اس میں سے ہوا اندر باہر آجائے گی۔ اور ہوا کی آمد و رفت کو بڑھانے
یہ شیشہ کی گرمی کو کم کرنے کے لئے جس حفاظت جالی کے اوپر کی جانب بھروسے پاس تھوڑی سی جگہ خالی چھوڑ دی جاتی ہے
ایسی صورت میں شہری آبادی میں غریب، بدمقام آنکھ کے اندر اوپر سے نہیں داخل ہو سکتے۔ آنکھ کے سامنے شیشہ لٹکائے گئے ہیں
ورنہ شیشے کے بجائے شفاف سیولائڈ کے ٹکڑے بھی ہی کام لے سکتے ہیں۔ یہ ٹکڑے چوٹ وغیرہ کے لگنے سے شیشے کی طرح
ٹوٹے نہیں۔ مگر دقیقاً شیشہ ہی ایسی شفاف شے ہے جس کے اندر سے گزر کر آنکھ تک کافی روشنی پہنچ سکتی ہے اور
آنکھ اپنے بصری افغان انجام دے سکتی ہے۔

مذکورہ عینک کے استعمال سے آنکھوں کو گرمی کا احساس ہوتا ہے اور پسینہ نکلنے لگتا ہے یا یہ عینک گرد و غبار
سے مکر اور خراب ہو جاتی ہے اسی لئے کام کرنے والے لوگ اس کو پسند نہیں کرتے۔ علاوہ ازیں کام کرنے والے لوگ
اگر ان عینکوں کو استعمال کریں تو کام کرتے وقت فلزی ذرات ان سے ٹکراتے ہیں۔ اسی لئے بہت جلد ان کی سطح خراب
ہو کر بنیائی میں فرق پیدا کرتی ہے لہذا محافظ اشیا کا انتظام اس طور پر کرنا چاہئے کہ ان اشیا سے شیشے کے حصص باہمی
علحدہ کئے جائیں اور ان کی جگہ پر بدل کر دوسرے شیشے لگائے جائیں۔

آنکھ پر باندھنے والی پٹی (۱) ان پٹیوں کی دو قسمیں ہیں (۱) محافظ پٹی (۲) دباؤ والی پٹی۔

محافظ پٹی۔ کا مقصد صرف یہ ہے کہ اجفان کو بند کر کے آنکھ کو آرام میں رکھیں اسی کے ذریعہ ہم آنکھ کی سطح کی رگڑ و زخم
زخم وغیرہ کو آنکھ کی جفان کے حرکات کی وجہ سے پیدا ہونے والی خراش سے محفوظ رکھ سکتے ہیں۔ کیونکہ اجفان کی رگڑ
کی وجہ سے درد پیدا ہو جاتا ہے یا بڑھ جاتا ہے اور اسی کی وجہ سے نئے پیدا ہونے والے بشری نصیبت میں رکاوٹ پیش
آتی ہے۔ نیز زخم کے دونوں لب ایک دوسرے سے علحدہ رہتے ہیں۔ لہذا ہر قسم کے جبری عملیات میں سپے روز دونوں
آنکھوں پر پٹی باندھ دینا چاہئے۔ تاکہ اجفان بالکل سکون کی حالت میں رہیں۔ اگر آنکھ سے رطوبت بہت زیادہ خارج
ہوتی ہو تو پٹی باندھنا مضر ہو گا جس آنکھ میں زرق المار کی استعداد زیادہ ہو اس پر بھی غور و فکر کے بعد پٹی باندھنا
چاہئے۔ کیونکہ آنکھ کو بند کر دینے سے حدت عین پھیلتا ہے اور زرق المار کے پیدا ہونے کا خطرہ بڑھ جاتا ہے۔ حفاظت جالی
بٹی نہایت ہلکی باندھی جائے۔ پہلے بند آنکھ پر گاز کا ٹکڑا رکھیں اس کے بعد آنکھ کی ظار کو ردی سے پُر کریں اور ردی

کو پیٹ کے ذمہ اپنی جگہ پر قائم کریں۔ رونی کے اوپر پیٹ باندھیں۔ بچوں کے اضطراب کی وجہ سے پیٹ آنکھوں پر سے کھسک جاتی ہے۔ لہذا ان کے واسطے قائم رہنے والی نشاستہ کی پیٹ بہتر ہوتی ہے۔ اگر اچھا پیٹ کے نیچے ایک دوسرے سے چپک جائیں تو آنکھ پر رکھنے والی گازی میں سیلابی زرد مرہم، بورک مرہم لگائیں۔ اگر آنکھ کو ہاتھ کے صدمات سے بچنا مقصود ہو جیسا کہ زخم کی تازہ خیاطت یا تازہ انداز کی صوت میں بچوں میں خصوصیت کے ساتھ اس کا خطرہ ہوتا ہے تو یہی صورت میں جانی کو بنایا ہوا شیلڈ یا المونیم کا مقعر شیلڈ لگا دینا بہتر ہوتا ہے۔ چونکہ بچے اپنے ہاتھ آنکھوں میں لگاتے ہیں لہذا بہتر ہے کہ ان کے بازوؤں پر جبرہ باندھ دیا جائے۔

ترپٹی جس میں گازی کو بورک ایڈ محلوں میں جگولیتے ہیں اور اس کے اوپر ٹاپ پارچہ کا کٹر لکھاتے ہیں بہت بدد کرم یا سپہ اگر دیتی ہے اس لئے اس سے احتراز لازم ہے۔

وباؤولی سی۔ اس پیٹ کے باندھنے میں پہلے آنکھ کے اوپر رونی زیادہ مقدار میں رکھی جاتی ہے اور پھر پیٹ ذرا زور کے ساتھ کس کر باندھی جاتی ہے۔ اگر اس قسم کی پیٹ کچھ دیر بندھی رہنے کے بعد کھولی جائے تو آنکھ طبعی حالت سے بھی نرم معلوم ہوتی ہے۔ اور بعض اوقات قرنیہ میں جھریاں پڑ جاتی ہیں۔ آنکھ سے پانی بہتا ہے اور بدلی احتقان پایا جاتا ہے۔ اس کا باعث یہ ہو کہ باہر کے دباؤ کی وجہ سے شروع میں آنکھ کے اندر تو ترعین اپنی طبعی حالت سے بڑھ جاتا ہے فی نفسہ کوئی رطوبت نہیں بڑھتی بلکہ آنکھ کے اندر کی رطوبت دباؤ کی زیادتی کی وجہ سے باہر نکلتی ہے اسی وجہ سے آنکھ نرم پڑ جاتی ہے۔ اس پیٹ کے لگانے کا مقصد یہی ہوتا ہے کہ مرضی رطوبات شدائد رطوبت تحت الشکیہ جو کہ اپنی طبعیت شبکیہ کے اکھر جانے کی وجہ سے پیدا ہوئی ہو یا جس کی وجہ سے شبکیہ اپنے طبعی مقام سے اکھر گیا ہو وہ مائی رطوبت سطح آسانی کے ساتھ آنکھ سے باہر آجائے مگر شکل یہ ہو کہ مرضی اس قسم کی پیٹ کو برداشت نہیں کرتے۔

اس قسم کی پیٹ سے آنکھ یکایک نرم ہو جاتی ہے۔ اور خزانہ مقدم طبعی حالت سے بہت زیادہ گہرا ہو جاتا ہے۔ اس وقت یہ بھی ممکن ہو کہ بدلی احتقان بڑھ کر التهاب عنبیہ میں تبدیل ہو جائے۔ لہذا یہ خیال رکھنا چاہئے کہ یہی پیٹ مایت غور و فکر کے بعد باندھی جائے جن آنکھوں میں طبقہ شبکیہ اپنے طبعی مقام سے اکھر جاتا ہے۔ ان میں دباؤوں کی طاقت برداشت نہ ہونے کی وجہ سے یہ سب کہ زجاجیہ تندرست نہیں ہوتی اور دباؤ دانی پیٹ سے اس کا حجم بہت جلد کم ہو جاتا ہے اور جن آنکھوں کی گہرائی میں ساختیں تندرست ہوتی ہیں۔ وہ دباؤ کی پیٹ کو بخوبی برداشت کرتی ہیں۔ لہذا

ایسی پٹی اس وقت فوراً باندھ دینا چاہیے جب کہ آنکھ کے بیرونی طبقات میں سے کوئی طبقہ باہر کو بھرنے۔ یہ علاج گوکہ شافی نہیں ہو سکتا لیکن ابہار کی زیادتی اس سے ضرور رک سکتی ہے بشرطیکہ باہر نکلنے والی جگہ قرونوی قروح کی تہ یا غنیمت ہو۔ سیل قرنیہ کی وجہ سے قرنیہ کا نرم ہو جانا قرونوی غنیمت کے شدید التهاب کی وجہ سے قرنیہ کا نرم ہونا۔ اسی طرح سے صلبیہ کا نرم ہو جانا۔ یہ سب ایسی حالتیں ہیں کہ تو ترعین کی متحمل نہیں ہو سکتیں۔ ایسی صورتوں میں دباؤ والی پٹی اس وقت تک باندھنا مفید ہوتا ہے جب تک کہ یہ نگہیں کافی دبیز اور مضبوط نہ ہو جائیں۔ اس مقصد کے لئے لچک دار دباؤ والی پٹی دن میں دو تین مرتبہ آنکھ پر باندھی جاتی ہے۔ مگر اس پٹی کے باندھنے کی ضرورت زیادہ عرصہ تک محسوس ہوتی ہے اس پٹی کو عرصہ تک مقررہ وقت پر صرف چند گھنٹوں کے واسطے باندھنا چاہئے۔

اگر کسی قرصہ کے نازک فرش یا تازہ نازل زخم یا آنکھ کے اندر کھلے ہوئے سوراخ کا علاج منظور ہو تو اس کا خیال رکھیں کہ دباؤ کے زیادہ بڑھ جانے سے سوراخ کے وہاں سے آنکھ کے پھٹ جانے کا امکان ہے اور آنکھ کی تمام غنیمت کے باہر نکل آنے کا خطرہ ہے۔ اس لئے تمام ایسی باتیں جو آنکھ کے اندر دباؤ کو بڑھانے والی ہو مثلاً اجفان کو زور سے بند کرنا۔ وزن کو اٹھانا۔ پھینکنا یا کونہ تھنا اور چبانے وغیرہ ان سے اجتناب اور پرہیز ضروری ہے۔ پھینک کو اس طرح روکا جاسکتا ہے کہ انگلی کے ذریعہ تنک صلبہ پر ناک کے نیچے درمیانی جگہ کو دبائیں۔ اگر آنکھ میں سوراخ ہونے کا ڈر ہو تو مریض کو فوراً بستر پر آرام سے لٹا دینا چاہئے۔

“علاماتی علاج”

معالجات چشم میں حفظان صحت کے اصول کی پابندی کے علاوہ بعض اوقات ایسے مخصوص علاج کی بھی ضرورت ہوتی ہے جو اس آنکھ کے لئے موزوں و مناسب ہو۔ یہ علاج علامات کے لحاظ سے مختلف اوقات میں مختلف ہوتا ہے۔ علامات کے لئے ہمارے پاس ادویہ اور طبیعی ذرائع ایسے موجود ہیں کہ جن کو معالج میں اختیار کرنے سے مریض کو بہت فائدہ پہنچتا ہے۔ طبیعی ذرائع حسبِ ذیل ہیں :-

(۱) گرمی اور سردی۔ گرمی اور سردی کا فائدہ حاصل کرنے کے لئے گرم و سرد کلیات استعمال کی جاتی ہیں اجفان کے پتلا ہونے کی وجہ سے ان تکیہات کا اثر اجفان میں سے گزرا کر ملتھرا اور مقلہ چشم تک پہنچتا ہے۔ یعنی اجفان

کے علاوہ بھی انسجی ہی اس سے متاثر ہوتی ہیں۔

سردی پونچا گرم آنکھ کی حرارت تقریباً ذکر کی تک کم کر سکتے ہیں۔ اور گرمی پونچا گرماں انسجی ہی رست کو ہم اڈگری تک یا اس سے کچھ زیادہ بڑھا سکتے ہیں۔ سرد تکید سے عروق منقبض ہو جاتے ہیں اور دموی احتقان کم ہو جاتا ہے۔ فوری ضروریات میں یہ زیادہ مفید ہے۔ طقمہ کے بل جانے۔ ردہوں کو توڑنے یا آنکھ سے علیحدہ کرنے کے بعد سوز کی التهاب کے پہلے درجہ میں سرد تکید کی وجہ سے درد اور گرمی کم ہو جاتی ہے۔ چونکہ سردی کی وجہ سے کیمیاوی و طبعی اعمال کی انجام دی میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے اس لئے سردی کو ہم انتقان عدسہ۔ روکنے کے لئے استعمال کرتے ہیں اور ایسا اس وقت کرتے ہیں جب کہ غلاف عدسہ کے زخمی ہو جانے سے خزانہ مقدم کی رطوبت کے انخزات کی بنا پر اس کے پھول جانے کا خطرہ ہوتا ہے

گرم تکیدات زیادہ استعمال کی جاتی ہیں۔ گرمی سے عروق پھیل جاتے ہیں۔ دموی احتقان بڑھ جاتا ہے اور استحا کی رفتار میں زیادتی ہو جاتی ہے گو یا کہ اس طرح خون کے حفاظتی اجزاء کو مقام ماؤف پر پہنچنے کا زیادہ موقع ملتا ہے۔ شکاثر کریات بیضا کی وجہ سے کریت اکالہ کا عمل ماؤف مقام پر بڑھ جاتا ہے یعنی گرمی کی وجہ سے شفا کی قدرتی کوشش زیادہ ہو جاتی ہیں۔ لہذا آنکھ کے مقدم حصہ کے تمام التهاب میں گرم تکیدات کا استعمال نہایت عام ہے۔ اس سے عموماً درد و تالم میں کمی ہو جاتی ہے۔ معالج کو چاہئے کہ تکیدات کے متعلق نظری حیثیت سے قطع نظر کر کے اس ام کا فیصلہ کرنے کہ کس مریض کو گرم تکیدات کی ضرورت ہو اور کس مریض کو سرد تکیدات کی۔ کاسک کے اگھانے کے بعد تکید سے زیادہ فائدہ ہوتا ہے اس سے کاوی و تہی اثر رک جاتا ہے۔ یہ تکید برف سے کی جاتے۔

تکمیدات کے استعمال کا طریقہ ذیل میں درج کیا جاتا ہے۔

مریض کو پہلے ٹاویں اور جس کپڑے سے تکید کرنا ہے اس کو آنکھ پر رکھیں۔ مگر آنکھ پر اس کپڑے کو ہاتھ سے کسی دوسری چیز سے دبا کر نہ رکھنا چاہئے اور نہ آنکھ پر اس کو باندھنا چاہئے۔ تکید کا کپڑا بہت جلدی بھی نہ ہو ورنہ آنکھ پر بوجھ پڑے گا خوب گرم بوک محلول کو اپنے پاس رکھ لیں اور لٹ کی کئی تہ بنا کر اس محلول میں بھگو کر پچڑیں اور آنکھ پر کراؤ پر سے گٹھا پارچہ رکھ دیں۔ تاکہ اس کی گرمی بہت جلد نائل نہ ہو جائے۔ تھوڑی تھوڑی دیر سے بعد اس کو ہاتھ سے نہیں سمھول پانی کے پچائے عییا کہ پہلے ہی بیان کیا گیا ہے بوک محلول یا دھاسیانی محلول استعمال کرنا زیادہ بہتر ہے۔

سر دیکھ کے نئے انت کو سرد محلول میں ڈبو دیا جائے یا برن کے ٹکڑے پر رکھ کر سرد کر لیا جائے اور ایک ایک منٹ یا دو دو منٹ کے بعد کپڑے کو بدل بدل کر آنکھ پر رکھتے رہیں بعض ماہر سرد تکیہات میں بجائے کپڑے اور لنٹ کے برن کا قیلا استعمال کرتے ہیں اور بعض ماہر لیڈ کے انجیلے استعمال کرتے ہیں مگر میرے خیال میں بجاری ہونے کی وجہ سے ان کا استعمال زیادہ مناسب نہیں ہے۔ گرم تکیہ کو ٹپلس، ۱۰ منٹ تک جاری رکھنا چاہئے اور پھر ایک گھنٹہ کا وقفہ دینا چاہئے۔ سرد تکیہات کو مسلسل استعمال کرنے سے نائدہ ہوتا ہے۔

جھان کی ترکیب: تین کو جم اجھان کے لئے استعمال کرتے ہیں۔ ان کے لئے گرم طبعی ٹکیں محلول بھی استعمال کر سکتے ہیں۔ مگر اس کو اس طرح استعمال کرنا چاہئے کہ قرنیہ پر آمیتہ پڑتا ہے۔ التهاب قرنیہ صلیبیہ جسم بدلی و عینی میں مسلسل یا بار بار کی جانے والی تکیہات کا پانی ۲۰ سے ۵۰ درجہ سنٹی گریڈ تک گرم ہوتا ہے۔ اس حالت میں آنکھ کو مخدر نہ کرنا چاہئے اور بار بار رگ رگ کر متعدد مرتبہ تکیہ کرنا چاہئے۔

فوری تاثیر دقروئی قروح کو مٹھ کر کرنے کے لئے، اگر محلول کو ۶۰ ڈگری سنٹی گریڈ تک گرم کر لیا جائے اور بلا واسطہ قرنیہ پر اس کو ڈالا جائے تو اس سے مفید نتائج برآمد ہوتے ہیں مگر اس عمل سے پہلے قرنیہ میں کوکین محلول سے تحذیر پیدا کر لیا جائے۔ تحذیر کی ضرورت اس وقت بھی ہوتی ہے جب کہ تیز گرمی مقلہ چشم کو پہنچانا مقصود ہو مقلہ چشم کو گرمی پہنچانے کے چار طریقے ہیں۔

(۱) ربرک گیند کے ذریعہ جس میں ایک طرف ربرک کی ٹنگی ہو اور اس کے مقدم حصہ پر دھات کی ٹنگی ہو۔ ربرک کے گیند کو بند کرنے اور کھولنے پر ہوا کی دھار بلا واسطہ اس مقام پر ڈال سکتے ہیں جہاں کہ گرم تکیہات کی ضرورت ہو ہوا کو پہلے گرم کر لیا جاتا ہے۔

(۲) مقلہ چشم پر پانی کی الکوٹلی بجای ڈالی جائے۔ اس کے ذریعہ ۹۰ سنٹی گریڈ تک گرمی پہنچ سکتی ہے۔

(۳) ماہر جو پانچمے کے طریقہ پر ایک مکواہ کمرابی کی حرارت بجلی کے ذریعہ خاص مقام پر قائم کی جاتی ہے۔ اور پھر اسی مکواہ کمرابی کو آنکھ کے بہت نزدیک رکھا جاتا ہے۔ مگر یہ خیال ہے کہ اس مکواہ سے آنکھ کو چھوا نہ جائے۔ اس کو ادھر سے اُدھر اونٹ آنکھ کے سامنے حرکت دی جائے یہ عمل ایک منٹ تک جاری رکھیں۔

(۴) تھر مو فور کے فلزی کنا سے کو دو درجہ تک گرم کریں اور اس کو قروئی و صلیبی کنا سے پرتین منٹ تک لگا دینے

ویں۔ اس طریقہ سے گرمی پونچانے سے قرنہ کے عام ترین اور قریباً سب سے زیادہ ہائپرٹنسیو ہائپرٹنسیو کے لئے جو مسلسل تھرموفور سے گرمی پونچانے پر ذرق الہائی توڑتی کمی ہوتا ہے۔

گرمی پونچانے کے لئے کواڈرید اور کواڈرکریٹ دو نوں کو ہم استعمال کرتے ہیں۔ انہیں کے درمیان یہ اثرات والی High Frequency کہانی روگزارتے ہیں۔ انہیں کے اندر بھی کے اندر سے رکاوٹ سے گرمی پیدا ہوتی ہے جو تکیہ کا کام دیتی ہے۔

شعاع رانجی و ریڈیم کے ذریعہ علاج۔

قرنی قرع کے علاج کے لئے جس ریتنی کے اندر فوق اینفٹشی شعاعوں کی بہت زیادتی ہوتی ہے اس کا استعمال مفید ثابت ہو چکا ہے۔

شعاع رانجی اور ریڈیم کی شعاعوں کے ذریعہ تھمی ورنی سدوی رہوں۔ اور رہی کا مدد کیا گیا ہے۔ ان سے بعض اوقات انتہا بقرنیہ کا علاج بھی کیا جاتا ہے۔ علاوہ ان کے کھنی ورم معادی ورنی سلہ خبیثہ سرعانیہ کا علاج بھی ان سے ہو سکتا ہے۔ اور مجری سلہ خبیثہ کا علاج بھی ان کے ذریعہ ممکن ہے۔

آنکھ کے اندر اگر سلہ خبیثہ خبیثہ پیدا ہو تو اس کے واسطے آنکھ کا نکال دینا ہی مناسب ہے۔ مگر صرف مقامی یعنی سلہ خبیثہ میں ایسا کرنے کی ضرورت نہیں۔ آنکھ کو نکال دینے کے بعد اس کا استعمال زیادہ مناسب ہوتا ہے تاکہ تھمی طور پر سلہ نہ پیدا ہو۔ علی بن القیاس مجری ملعات خبیثہ کے بعد بھی اس کا استعمال ضروری ہے۔ بیاں بھی اس کی حلت غائی ہی ہے کہ ثانوی سلہ نہ پیدا ہو اور اگر پیدا ہو جائے تو بھی اسی علاج پر اکتفا کرنا پڑتا ہے۔

آنکھ کے سطحی عوارض یا ملعات چشم کے علاج میں جسم کے ساتھ شعاع رانجی لگانے والے اجزاء کی شکل ایسی ہونی چاہیے کہ ان کی وضع مقام، ورن کے ساتھ متوازی ہے۔ تاکہ ریڈیم کی شعاعوں کا عمل اس مقام پر یکساں ہو۔ ریڈیم کے ذریعہ علاج کے دوران میں قرنہ کو سیسہ کی تختی سے ڈھانک دیا جاتا ہے تاکہ قرنہ پر ریڈیم کی شعاعوں کا نکل اثر نہ ہو۔

آنکھ کے ملعات میں ریڈیم کے نکلیات کو جو مختلف انہیوں میں بند ہوتے ہیں ملعات کے اندر دفن کر دینا مناسب ہے۔ ان شعاعوں کے ذریعہ علاج کرنے میں آہستہ آہستہ ان کی مقدار بڑھانے سے ایک تہہ ان مقدار بڑھ دینا بہتر ہوتا ہے۔

اگر پہلی مرتبہ صرف تھوڑی دیر تک ان شاعوں کے اثرات پیدا کر کے ان کو علاج کے لئے کافی سمجھا جائے تو خراب نتائج کے فہور کا امکان ہوتا ہے۔ شاع - اپنی یارڈیم کی شاعوں کے استعمال میں یہ امر قابل لحاظ ہے کہ A و B 13 شاعیں جہاں تک ممکن ہو الگ کر دی جائیں کیونکہ یہ شاعیں سطحی انسجہ کو نقصان پہنچاتی ہیں لا شاعوں سے سطحی انسجہ کو نقصان نہیں پہنچتا - یہ گہری ساختوں تک پہنچ جاتی ہیں اور مرضی انسجہ پر ان کا اثر زیادہ قوی ہوتا ہے۔ کمرائی رو - عضلہ محیط جفنی کی شدید انقباضی صورت میں اس سے بہت فائدہ پہنچتا ہے - اور عضلہ مذکورہ کی استرخانی صورت میں بھی اس کا فائدہ یقینی ہے - علاوہ ازیں عام عضلات چشم کے استرخامیں بھی کمرائی رو کو استعمال کیا جاتا ہے - ہر رات جہاں کہ فیوڈک رو (Faradic current) کے ذریعہ عضلہ میں اس وقت تک انقباض نہیں پیدا ہوتا جب تک کہ عضلہ کو ہر منہ نہ کر لیا جائے اس شرط کی وجہ سے کمرائی رو کے ذریعہ علاج معالجہ بڑی حد تک ناممکن اہل ہو جاتا ہے - گیلوانی کمرائی رو - اس سے بہتر ثابت ہوتی ہے کیونکہ عضلہ کے اندر سے گزرنے میں اس کی طاقت کم ہوتی ہے - مگر عصب بصری کی نو کے لئے اس رو کا مفید ہونا مشکوک ہے - کمرائی رو کا اثر آنکھ کے الہابات میں سکھ ضرور ثابت ہوتا ہے - اس کے استعمال کا طریقہ یہ ہے کہ بند اجھان پر کٹوری نم الکٹروڈ (Electrode) لگایا جاتا ہے اور دوسرے الکٹروڈ کو مرض کے ہاتھ میں دیدیتے ہیں اس کے بعد کمزور فیوڈک روان کے اندر سے گزاری جاتی ہے جن امراض میں تحیقن کی ضرورت ہوتی ہے ان میں بکلی کا علاج نہایت کامیاب ثابت ہوتا ہے - جیسا کہ عصبی اندھا پن اور ضعف بصارت میں ہوا کرتا ہے - ایسے امراض میں بکلی کے استعمال کا طریقہ اس قدر اہم نہیں ہے جتنا کہ مرض کو اس امر کا یقین دلانا مشکل ہوتا ہے کہ بکلی ہی کے ذریعہ اس کی شکایات کا بہترین علاج ہو سکتا ہے اور اسی کے ذریعہ اس کی تمام شکایات کا استیصال ہو جائے گا -

بعض ایسی ادویہ جو باقی میں محلول ہوں مثلاً ایوڈین اور سیابی مرکبات وغیرہ ان کو غائر انسجہ میں پہنچانے کے لئے بھی کبھی ہم غلی کو استعمال کرتے ہیں - چنانچہ اس مقصد کے لئے گیلوانی رو کو اختیار کرتے ہیں - اور اس عمل کو ملاوات بطریق جلد (Cataphoresis) کہتے ہیں -

لیکن تحلیل کمرائی (Electrolysis) وہ عمل ہے جس میں بکلی کے ذریعہ کیمیائی مرکبات کے اجزاء علیحدہ ہو جاتے ہیں - مذکورہ سابقہ عمل کے لحاظ سے یہ عمل بالکل برعکس ہے - اس میں ایک کیمیائی عنصر (Element) قطب

مثبت پر اور دوسرا قطب منفی پر جمع ہوتا ہے کو یہ مختلف آیوں (Ion) ایک مفعول سے مرکب ہوتا ہے۔
ترکرتے ہیں۔ اس طریقہ عدس کو علاج کیوں سے نام سے قیہ کیا جاتا ہے۔

مذکورہ بالا عمل کے لئے کمرابی روئی ایلمپسہ کی طاقت و اس استعمال کی جاتی ہے اس میں یہی علاج میں
ہم کیا سیفٹ کا محلول ہے سے ۱۰ فیصدی تک کی طاقت کا استعمال کر سکتے ہیں رت و سامیہ و قرینہ کے ثبوت میں
نہک سلف ہی کے محلول کو استعمال کرتے ہیں۔ اور کوئین سیفٹ کو ہرپیز ہسٹر (Herpes zoster) میں اختیار کیا
جاتا ہے تجلیل کمرابی کے عمل سے مڑگاں کے باں اور ملوہ غرونی کو بھی منسلک کیا جاتا ہے۔

ماہر برکاد موی احتقان قہری۔ یہ عمل کرہ مصاصہ کے ذریعہ انجیم دیا جاتا ہے۔ گریس کے درمیں جو کچھ
لگانے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ اس کی ہوا ایک رپڑ کی گیند کے ذریعہ نکال دی جاتی ہے۔ اس کی وجہ سے اجفان و
ملحمہ میں تہج پیدا ہوتا ہے۔ اور کسی قدر آنکھ آگے کو کل آتی ہے۔ اندر سے کچھ رطوبت جی باہر نکلتی ہے۔ کیونکہ اس
عمل کے بعد فوراً ہی آنکھ کسی قدر نرم ہو جاتی ہے۔ مگر توڑ عینی کی یہ کمی بہت جلد درست ہو جاتی ہے۔ جفان سے
صدیدی عوارض میں اس عمل سے بہت فائدہ ہوتا ہے۔

خون کا اخراج۔ عموماً یہ مقصد جو نکلوں کے ذریعہ حاصل کیا جاتا ہے۔ کنپٹی پر ۶ سے ۱۰ جو نکلیں لگانا چاہئے۔ مگر یہ
خیال ہے کہ جو نکلیں اجفان کے نزدیک نہ لگائی جائیں ورنہ اُن میں ورم اور تہج پیدا ہو جائے گا۔ شدید بدنی
و عینی التهاب میں خون کے نکال دینے سے بہت فائدہ پہونچتا ہے۔

آنکھ کے غائر انسج کے التهاب ڈیٹیمہ۔ شبکیہ اور عصب باصرہ کے التهاب میں پہلے زمانہ میں جو نکلوں کے ذریعہ
اخراج خون کا طریقہ رائج تھا۔ مگر آج کل بہت کم اس پر عمل کیا جاتا ہے۔ ان امر میں اب زردہ صلیہ کے مقام
کی ورید سے خون خارج کیا جاتا ہے۔ یہ ورید چونکہ افقی جوف سے خون حاصل کرتی ہے جس میں کسفی جوف کا خون آتا ہے
اور جوف کسفی میں یعنی ورید کھلتی ہے اس لئے اس ورید سے خون خارج کرنے پر آنکھ کو فائدہ پہونچتا ہے۔

ماہر میڈکس نے نکسیر کی وجہ سے آنکھ کے احتقانی حالات میں فائدہ پہونچتے دیکھ کر اس امر کی سفارش کی ہے
کہ انفی غشا مخاطی پر باریک نشتر سے شگاف دیا جائے۔ مقامی طور پر خون کے خارج کرنے سے شدید زرف ادم کھجائے
مالش (massage) ملکی مالش کے متعدد فوائد ہیں جن کو ذیل میں بیان کیا جاتا ہے۔

۲۰) بی گریہوں کو جذب کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔

(۲۱) قرنوی سبحانی حالتوں میں زرد سیمانی مہم کے ساتھ ہلکی ہلکی مالش مفید ثابت ہوتی ہے۔

(۲۲) زرق ال کے پریشن سے پیسے یا آپریشن کے بعد تو ترعین کو کم کرنے کے لئے بھی ہلکی مالش کی جاتی ہے۔

(۲۳) شبکیہ کے اندر سدہ کے پھنس جانے پر ہلکی مالش سدہ کو وہاں سے ہٹانے میں مفید ثابت ہوتی ہے۔

مالش آنکھ کو محاذ کرنے کے بعد کی جاسکتی ہے۔ مگر عام طور پر اجنبان کے اوپر مالش کرنے کا طریقہ راج ہے۔ مالش کے لئے انگلیوں سے کام لیا جاتا ہے۔ تازہ شبکیہ سدہ میں جس قدر چھپے کی طرف مقدمین پر مالش کی جائے وہی قدر مفید ہوتی ہے۔ مالش کرنے میں جگہ کا بدلتے رہنا ضروری ہے تاکہ تمام مقدمہ پر یہ عمل ہو جائے۔ مالش کا ایک طریقہ یہ بھی ہے کہ مالش کرنے والا مقدمین کے دونوں طرف اپنی انگلیوں کو رکھ کر ان کے درمیان مقدمہ کو جھینچے۔ اور یکا یکا انگلیوں کو ڈھکیلا کر کے اس دباؤ کو زائل کرے۔ اس کرنے سے رکاوٹ کے بعد فوراً خون عروق کے اندر زیادہ مقدار میں داخل ہوتا ہے۔ جس سے سدہ کے آگے بھٹکنے کا امکان ہے۔

آنکھ کے اندر سے سیال رطوبت کے اخراج کے لئے اور علیٰ ہذا القیاس تو ترعین کو کم کرنے کے لئے دو طریقے سے مالش کی جاتی ہے۔ پیسے طریقہ کو ہم (Palpation massage) کہتے ہیں۔

اس کا طریقہ یہ ہے کہ معالج مریض کو پیچھے کھڑا ہو کر مریض کو سینے کی طرف دیکھنے کی ہدایت کرتا ہے اور اس کی آنکھ آہستہ سے بند کر دیتا ہے۔ اس کے بعد بالائی حصین کے اوپر دونوں ہاتھوں کی انگشت شہادت کے ذریعہ دباؤ ڈالتا ہے طریقہ اس کا یہ ہے کہ مریض کی سرنگلی سے یکے بعد دیگرے دباؤ ڈالتے ہیں۔ دباؤ کا رخ آنکھ کے مرکز کی طرف ہونا چاہئے۔ شروع شروع میں اس قسم کی مالش نصف منٹ تک کی جائے اور حرکات نہایت آہستہ آہستہ ہوں۔ بعد میں اس کو رفتہ رفتہ ۳ سے ۵ منٹ تک بڑھا دیں۔ اور حرکات تیز ہونے لگیں۔

دوسری قسم کی مالش میں ایک ہاتھ کی تین انگلیاں استعمال کی جاتی ہیں۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ بند آنکھ کے اوپر انگلیوں کو رکھ کر نہایت آہستگی کے ساتھ مدور حرکات کے ذریعہ ۱۵ سے ۲۰ منٹ تک مالش کی جائے۔

پسینہ لانے والی ادویہ کا استعمال۔ التھاب غلبیہ۔ التھاب جسم ہدی وغنی۔ التھاب شیمیہ۔ التھاب شبکیہ۔ التھاب عصب بصرہ میں خون کے انجذاب کو مدد دینے اور ترشحات کے جذب ہونے کے واسطے نیز زجاجیہ کے غیر سببی

وہ بہ متعلق درجہ عریق سے پہلے ہو کرتا ہے۔

اگر پینے کے ذریعہ کھوسے مٹنی رطوبت یا مواد کا اخراج مقصود ہو تو مریض کو سیال اشیاء کھانے میں بہت کم دینی چاہئیں۔ کیونکہ یہی صورت میں سیال اشیاء کا باہر سے اضافہ کوئی معنی نہیں رکھتا۔ علاوہ ازیں اضافہ کی صورت میں مریض بہ ذلیل بہ کا اخراج نہیں ہو سکتا۔ بلکہ یہی زائد رطوبات پینے کے ذریعہ خارج ہونگے۔ لیکن جب سستی اجزاء کا اخراج مقصود ہو تو خوب پانی پینا چاہیے۔ کیونکہ پانی کی مقدار جسم میں زیادہ بڑھ جانے سے پینے نسبتاً زیادہ آتا ہے اور پانی کی زیادتی سمیت کو پینے اندر حل کر کے اخراج سمیت کا بھی باعث ہوتی ہے۔ تھلپ شربانی اور قلبی امراض میں جب کہ مریض لاٹا ہو۔ خصوصاً ورنی، امراض میں مبتلا مریضوں اور حاملہ عورتوں کا علاج عمل تعریق سے نہ کرنا چاہیے۔

معالجات چشم میں مستعملہ دوائیں اور ان کا طریقہ استعمال۔ آنکھ کے علاج معالجہ میں سفوف، مرہم اور محلولات کی صورت میں دوائیں استعمال کی جاتی ہیں۔ انہی محلولات آنکھ میں دو یا تین بار روزانہ ڈالے جاتے ہیں۔ خراش پیدا کرنے والے محلولات جن کے استعمال کے بعد رطوبت کا اخراج بہت زیادہ ہوتا ہے ان کا استعمال مریض کے سونے سے قبل مناسب نہیں ہے۔ کیوں کہ ان کے رد عمل کی وجہ سے مریض کو نیند نہیں آتی۔ اور اجفان کے بند ہو جانے سے زائد رطوبت کا اخراج باہر کو نہیں ہوتا۔ ان کے برعکس بعض دوائیں ایسی ہوتی ہیں کہ ان کا استعمال رات کے وقت مناسب ہے۔ جب کہ ان کے متعلق ہم یہ چاہتے ہوں کہ یہ دوائیں رات کو اپنا خوب اثر کریں۔ جیسا کہ زرق المار میں حدتہ کو منقبض کرنے والی دوائیں مثال میں پیش کی جا سکتی ہیں۔ اگر آنکھ میں ڈالنے والی کوئی دوا زیادہ عرصہ تک رکھے سہنے کی وجہ سے گندلی ہو جائے اور اس کے اندر رونی کے گاسے سے نظر آنے لگیں تو اس کو ہرگز استعمال نہ کرنا چاہیے بلکہ پھینک دیں۔

آنکھ کے اعمال جراحیہ (آپریشن) کے بعد فوراً یا آنکھ کے تازہ زخموں کی حالت میں صرف مٹھل محلولات کا استعمال ضروری ہو تا کہ باہر سے صدیدی عدوی آنکھ میں شامل ہو کر تازہ زخم یا آپریشن کے مقام کو جراثیم سے ملوث نہ کرے۔ ٹنڈے محلولات کے اعتبار سے ذرا گرم محلولات جلد جذب ہوتے ہیں اور ان سے تکلیف بھی نہیں ہوتی۔ اگر تکلیف ہوتی بھی ہے تو بہت ہی کم۔ ایک مرتبہ میں بہت زیادہ مقدار میں محلول کا ڈالنا فضول اور بیکار ہے۔ کیونکہ محلول کا بہت تھوڑا حصہ ملتحمہ میں رہ جاتا ہے اور بقیہ فوراً باہر نکل جاتا ہے۔ ایک مرتبہ میں صرف ایک بڑے قطر سے کی مقدار میں محلول کا ڈالنا کافی ہوتا ہے۔ اگر محلول کے قطرات آنکھ میں پکاتے وقت ہم مریض سے کہیں کہ وہ اوپر دیکھتا ہے اور خود اس کی

زیرین جفن کو نیچے کی طرف کھینچ لیں تو محلوں کا قطار آنکھ میں زیادہ دیر تک ٹھہر سکتا ہے اور اس کی وجہ سے زیادہ جاتی ہے۔ جو دوائیں حد تعین پر موثر ہوتی ہیں وہ قرنیہ سے نفوذ کر کے خزانہ مقدم میں پہنچ جاتی ہیں۔ ان دوائوں کا اثر ظاہر ہوتا ہے۔ اس قسم کے محلوں کا کچھ طبقہ ملحقہ جذب کرتی ہے اور کچھ طبقہ غشائی میں جذب ہوتا ہے۔ کیونکہ آنسوؤں کے ساتھ یہ دوا بھی ناک کے اندر آلات ذمی کے راستے سے پہنچتی ہے۔ مگر یہ مقدم میں قدر نسبت ہوتی ہے کہ اس کا کچھ اثر نہیں ہوتا۔ اگر ان محمولات کو بکثرت استعمال کیا جائے یا ان کی طاقت بہت زیادہ ہو تو اثر پیدا ہو سکتا ہے۔

آنکھ کے طبقہ ملحقہ رکھیں یا قیصلی میں ادویہ کا استعمال آبی محلوں یا تیل کے ساتھ کیا جاتا ہے اور مل ہونے والی چھوٹی چھوٹی قرص بھی استعمال کی جاتی ہیں۔ اگر کسی دوا کے اثر کے معلق خیال ہو کہ وہ بہت زیادہ دیر قیصلی میں رہے تو اس کو مرہم کی صورت میں استعمال کرنا چاہئے۔ اس کے علاوہ مرہم کی صورت میں اس وقت بھی دوا کے استعمال کی ضرورت ہوتی ہے جب کہ آنکھ سے بہت زیادہ پانی بہ رہا ہو۔ اور اس امر کا ذکر ہو کہ محلوں کی صورت میں استعمال کرنے سے دوا فوراً آنسوؤں سے مل کر بہ جائے گی۔ علاوہ ازیں جب مخزنش ادویہ کے استعمال کی ضرورت پڑتی ہے تو اس وقت بھی ان کو مرہم کی صورت میں استعمال کیا جاتا ہے۔ مرہم کی صورت میں استعمال ہونے والی دواؤں کو بھریل میں پکڑ کر ایڈروپین۔ کوکین۔ ہالوکین۔ بورک ایسڈ۔ آر جیرول اور کبھی کبھی خصوصاً آپریشن کے بعد زخموں یا قروح کی توجہ سے آیوڈو فارم بھی استعمال کیا جاتا ہے۔ تو تیار کا پرسلفیٹ، یا اسپرٹ روہوں میں اور زر دیا سفید سیالی مرہم قرنیہ عوارض میں استعمال کیا جاتا ہے۔

مخزنش محمولات کی طرح توتیا اور سیالی مرہم اپنے مخزنش اثر کی وجہ سے قرنیہ کے مرنے کے وقت اس کی آنکھ میں نہ لگا جائیں۔ جو مرہم صرف ملحقہ کے اراض میں استعمال کر لئے جاتے ہیں ان میں موٹے ذرات دوائے نہ ہونے چاہئیں ورنہ ان کی وجہ سے آلی خراش پیدا ہوگی اسی لئے آنکھ میں استعمال کی جانے والی ہر قسم کی دوائیں نہایت پاکیزہ ہوتی ہیں۔ اور ان کو احتیاط کے ساتھ خوب، گزر کر مرہم بنایا جاتا ہے اور یہاں تک احتیاط کی جاتی ہے کہ ایک قسم کا متجنس، تیار ہو جاتا ہے اس امر کا خیال رکھنا ہر مرہم میں خصوصاً زر دیا سیالی مرہم میں زیادہ ضروری ہے کہ اس مرہم کو سیاہ بوتلوں میں رکھنا چاہئے۔ اس کے اجزاء منتشر اور متعطل نہ ہو سکیں۔ ممکن ادویہ میں قرنیہ کی خراش میں سب سے زیادہ بہت سفید طہ دینا ہے۔

لمتھ میں مریم کے ہستمال کے لئے سب بہتر طریقہ یہ ہے کہ ایک سلائی شیشے کی لے کر اس کو اتنا گرم کریں کہ مریم کسی قدر گرم ہو کر کچھ سیال ہو جائے اسی حالت میں سلائی کو دونوں اجغان کے درمیان میں رکھ لیں۔ اجغان کے لئے جو مریم استعمال کئے جائیں ان کو جھنی کناروں کے درمیان رکھ کر اوپر سے آہستہ آہستہ ملا جائے اور یہ عمل رات کے وقت سونے سے پہلے کیا جائے۔ مگر مریم کے لگانے سے پہلے جو کھڑنڈ یا قشور موجود ہوں ان کو گرم پانی یا بورک محلول سے صاف کر دیا جائے چونکہ اجغان میں مریم کے لگانے سے کچھ نہ کچھ آنکھ کے اندر یا قرنہ تک پہنچ جاتا ہے اس لئے زیادہ مخرش مریم کا استعمال مناسب نہیں ہوتا۔ اجغان کے مریم کے واسطے ایسی چربی استعمال کرنا چاہئے جس میں کسی قدر پانی بھی ملا ہو۔ تاکہ پانی بخارات بن کر اڑ جائے اور وہاں پر کچھ ٹھنڈک پیدا ہو۔ اس ٹھنڈک سے ٹہتا اجغان کو بہت آرام پہنچتا ہے ایسی ٹھنڈی کریم کا استعمال بھی مفید ہے۔ مگر چونکہ یہ بہت جلد خراب ہو جاتا ہے اس لئے ایسی ویزلین جس کے ساتھ پانی والی لینولین مخلوط ہو استعمال کرنا چاہئے۔

آنکھ میں ہستمال کرنے کے لئے جو سفوف تیار کیا جائے اس کو نہایت باریک ہونا چاہئے۔ کیوں کیسی میں ڈاؤنن کا سفوف لمتھ پر چھڑکا جاتا ہے۔ یہ سفوف زیرین لمتھ پر خصوصیت کے ساتھ چھڑکنے ”ذور“ کے کام میں آتے ہیں۔ مگر قرنیہ ان کو نہ چھڑکنا چاہئے۔ آیوڈو فارم کو برہنہ سطح پر چھڑکا جاتا ہے۔

ادویہ مستعملہ۔ ایٹروپین۔ عصب ثالث کے سروں کو جو عضلہ قابضہ اکفن اور عضلہ مدبہ میں ہوتے ہیں۔ مسترحی کر دیتی ہے اسی وجہ سے اس کے ذریعہ مدقہ عین منبطع حرکت ہو جاتا ہے اور آنکھ کی طاقت توفیق زائل ہو جاتی ہے۔ اس دوا کا اثر مدقہ میں ظاہر ہو جاتا ہے۔ زہدیت جلد اپنے نصف النہار پہنچ جاتا ہے۔ تیسرے دن سے اس کے اثر میں کمی شروع ہو جاتی ہے اور ایک ہفتہ سے لے کر ۱۰ دن تک اس کا اثر کلیتہً زائل ہو جاتا ہے۔ جب تک اس کا اثر باقی رہتا ہے اس وقت تک بنیائی عین خراب رہتی ہے۔ بنیائی کی خرابی کا سبب کچھ تو مدقہ کا انقباض ہے اور زیادہ تر طاقت توفیق کا استرخا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ بنیائی کی خرابی کا احساس پڑنے لکھنے یا باریک قسم کے کام کا ج کرنے میں زیادہ ہوتا ہے۔

نورائیدہ بچوں میں ایٹروپین اپنی سستی خداک میں بھی مدقہ پر انبساطی اثر نہیں رکھتی ہے۔ جوانوں میں مدقہ عین انقباض اس قدر ہوتا ہے کہ اس کا قطر ۱۲ ملی میٹر تک پہنچ جاتا ہے۔ مدقہ عین کے انقباض میں ۶ سے ۹ ملی میٹر تک اختلاف ہو کرتا ہے۔ چالیس سال کی عمر کے بعد مدقہ عین کا انقباض بہت کم ہوتا ہے۔ ایٹروپین مدقہ عین پر اس قدر موثر ہے کہ ایک گرام کا

دس لاکھواں حصہ بھی مدد کو منسلک کر دیتا ہو۔ اگر کسی مریض کی آنکھ میں یہ وپن ڈالنے کے وقت معائنہ کی بجائی ہو۔ یہ وپن مریضوں سے تڑپ جاتی ہے و پھر سبب مریض کی وجہ سے ہی اعلیٰ سے ود اپنی آنکھ کو چھوئے تو مریض مریضوں میں آنکھ کے مدد کو منسلک کرنے کے واسطے کافی ہو۔

بعض اوقات ایٹر وپن کا محلول آنکھ میں ڈالنے پر سفوف کی صورت میں اس کو استعمال کرنے کے بعد بھی علامت کا ظہور ہوتا ہے یعنی تکلیف دہ خشکی لگنے میں معلوم ہوتی ہے۔ مثلاً کہ اس سے ہوتا ہے۔ چہ و سنج ہو جاتا ہے۔ و زنجبیل سے چھین لگتی ہے۔ طبیعت میں انتشار اور عیش پیدا ہو جاتا ہے۔ از میت شدید ہو تو بیہوشی بھی طاری ہو جاتی ہے۔ مایہ نامی علامات کے وقت دوسری آنکھ کا مدد بھی پسپا جاتا ہے۔ ایٹر وپن کی کئی علامات کے مانند ادویہ کے استعمال سے بھی ایسی ہی علامتیں ظاہر ہوتی ہیں جن میں جاذبہ کا جز موجود ہوتا ہے۔ بعض اوقات خشکی کی آہٹ کی دووں و پاسٹ سے بھی ایسی علامتیں پیدا ہو جاتی ہیں۔ شیر خوار بچہ ایٹر وپن کے اثر کو بردہ قبول کرتے ہیں۔ اس سے ان کی آنکھوں میں ایٹر وپن کو نہ استعمال کرنا چاہئے خصوصاً اسی صورت میں تو ان بچوں کی آنکھ میں ایٹر وپن کا استعمال ہی ٹھیک نہیں ہے۔ جب کہ ہم کو یہ بھی معلوم ہے کہ اس سے خاطر خواہ اثر کا نہ ہو بھی نہیں ہوتا۔

بعض لوگ ایٹر وپن کے اثرات کے متحمل نہیں ہوتے۔ اس کا ظہور مختلف طریقہ پر ہوتا ہے جس کو ہم ذیل میں بیان کرتے ہیں۔

(۱) اتنی علامات کا ظہور ہوتا ہے۔ اس کے نہایت خفیف استعمال سے لگے میں خشکی اور تپلی پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ حالت بہت دیر تک آنکھ میں ایٹر وپن کے استعمال سے پیدا ہوتی ہے۔

(۲) خاص قسم کی نرزی کیفیت پیدا ہوتی ہے جو کہ ملتحمہ میں ہشیر حوصلہ کی صورت میں ظاہر ہوتی ہے۔ یہ نرزی تمام آنکھوں میں ایٹر وپن کے استعمال سے پیدا ہوتا ہے۔

(۳) بعض لوگوں کی آنکھوں میں ایٹر وپن محلول کے ایک قطرہ کے استعمال سے جھان کا درم پیدا ہو جاتا ہے جو حمر اسے مشابہ ہوتا ہے۔

عنبیہ کے التهاب یا اس کی خراش کی صورت میں آنکھ کے اندر ایٹر وپن کے ڈالنے سے دونوں حصہ کو آرام پہنچتا ہے۔ طاقت و توفیق کے استرخار کے لئے بھی ایٹر وپن استعمال کی جاتی ہے۔ اس مقصد کے لئے آنکھ کی طاقت انسانی کے معائنہ

کے دنت خاص طریقہ پر ڈالی جاتی ہے۔ عموماً ایٹروپین سلیفٹ کا محلول ایک فی صدی طاقت کا استعمال کیا جاتا ہے۔
 مین جب اس کے بہت قوی عمل کی ضرورت ہو تو ایٹروپین کے سفوف کا چھوٹا سا ڈوڑھ ملچہ میں رکھ دیا جاتا ہے یہاں یہ ٹوٹ
 دمی میں گھل کر محلول بن جاتا ہے۔ اس سے زیادہ طب فز اس کا اثر اس وقت ہوتا ہے جب کہ اس کو کوکین کے ساتھ ملا کر
 محلول بنایا جائے۔ یعنی اس وقت قابض حدودہ عضلہ کے استرخار کے ساتھ باسطہ حدودہ عضلہ کا انقباض پیدا ہو جاتا ہے۔
 اسی وجہ سے حدودہ بہت چسپیل جاتا ہے۔ ایٹروپین کے لئے آنکھ میں تخذیر پیدا کرنے کے بعد اس کے اندر نہایت چھوٹا ڈوڑھ ایٹروپین
 کا رکھ دیا جاتا ہے۔ ایٹروپین کے سفوف کے استعمال کے وقت اگر قفۃ دمی کو بند کر لیا جائے یعنی اس وقت ناک کے اندر
 جانے والا انسودل کا راستہ بند رکھا جائے تو سہی علامتیں پیدا نہیں ہوتیں۔ اس غرض سے ہم زیرین جنن کو متعلقہ عین سے
 کچھ دیر کے لئے ہٹا لیتے ہیں۔ ایسا کرنے سے رخسار کے اوپر ہوتے ہوئے آنسو نیچے بہ جاتے ہیں۔ یاد دہانی کے لئے یہ
 کہ کوکین دمی کو انگلیوں سے دبائے رکھتے ہیں، اگر ماضی بچہ ہو تو اس کو سر کندھوں کا طرہ جھکائے رکھیں تاکہ آنسو
 باہر نکل کر آنسو کے اندر نہ چسے جائیں۔ اگر ایٹروپین کے استعمال سے شدید سہی علامتیں رونما ہوں تو ہر تین گھنٹوں پر دوا
 کی زیر تبدیلی تلیقہ تریاق کے طریقہ پر اس کو متعادل کرنے کے واسطے کرنا چاہئے۔

سن رسیدہ اشخاص کی آنکھوں میں ایٹروپین کو ہرگز نہ استعمال کریں اور جب کہ خزانہ مقدم طبعی حالت سے کم
 گرا ہو تو خصوصیت کے ساتھ اس کے استعمال سے اجتناب کریں کیونکہ اس حالت میں عنبیہ کے انبساط سے زیادہ ترشح کے بند
 ہونے پر ذرق المار کا خطرہ ہوتا ہے۔ اور اگر ان میں خدائے خداوندی ذرق المار شروع ہو چکا ہو تو ظاہر ہے کہ ایسی حالت
 میں ان کی آنکھوں میں ایٹروپین کا استعمال بھول کر بھی نہ کرنا چاہئے، بلکہ ہر دم ایٹروپین۔ بوغلیں، کوکین وغیرہ کسی کا
 استعمال بھی مناسب نہیں ہے۔

جن لوگوں میں ایٹروپین کا خواب اثر ظاہر ہوتا ہے یا جو لوگ اس کے عمل نہیں ہو سکتے ان کی آنکھوں میں قطعاً
 اس کو استعمال نہ کیا جائے۔ ایسی صورت میں اس کو بالکل ترک کر کے کوئی دوسری دوا آنکھ میں ڈالیں۔ نیلے لوگوں کے
 لئے سب سے بہتر کوپولامین ہائڈروبرومائڈ ہے اس کا محلول پہ یا پہ فیصدی طاقت کا ہونا چاہئے۔ یہ دوا تھی ہوتی ہے۔
 اور ایٹروپین سے زیادہ طاقتور بھی ہوتی ہے۔ بعض ماہرین ایٹروپین یا ہوم ایٹروپین کے بجائے آنکھ کی طاقت لسانی
 معلوم کرنے اور عینک تجویز کرنے کے لئے امتحان چشم کے واسطے پہ فیصدی طاقت والے محلول کی صورت میں

اس کو استعمال کرتے ہیں

جو ناکہ ایٹروپین کے ڈسٹے سے، مکینہ ہائپرڈاس سے زائد سے تک بنیاتی ذرا بڑی جڑوں سے سب تک
 اس کے استعمال کی اشد ضرورت نہ ہو ہرگز نہ استعمال کریں۔ سیٹے سب ہم کو آنکھ کا متعلقان معرفت منتقل سے کہ
 منہ خود ہوتا ہوتا اس کو ہم نہیں ہتھوں کرتے بلکہ اس کے بجائے ہومو ایٹروپین یا فیتھلین کو اختیار کرتے ہیں۔ یہ زمین
 کا استعمال جاری رکھنا بعض اوقات خطرناک نتائج پیدا کرتا ہے۔ آج کل بھی بعض عمومی معائنوں کو آنکھ کے ہر مرض
 میں استعمال کرتے ہیں۔ لہذا اگر بعض آنکھوں میں زرق المارعی جیسی خرابیاں پیدا ہوتی ہوں تو کچھ ایسی زرقیاں نہیں ہے
 محترمہ کے نزلی، انتہا ہیں اس کا استعمال نہ صرف بیکار ہو بلکہ طاقت توفیق کا استرخا پیدا کر کے دانتوں کو بھی تکلیف
 میرا نکال کر دینے والا ہے جن آنکھوں میں زرق المارعی کی استعداد ہوتی ہے ان میں اس کو استعمال کرنے سے یہ زرق المارعی
 پیدا کر کے ہمیشہ کے لئے مرض کو اندھا بنا دیتی ہے۔ مذکورہ خطرات کو مد نظر رکھتے ہوئے ہمیشہ اس کا خیال رکھیں ڈوپن
 کو اس وقت تک ہرگز نہ استعمال کریں جب تک کہ اس کی اشد ضرورت محسوس نہ ہو۔ اور ضرورت کے باوجود بھی نہ ف
 ت قدر اس کو استعمال کیا جائے جتنی کہ ضرورت ہو۔

ہومو ایٹروپین۔ اس کا محلول ۲ سے ۴ فیصدی طاقت تک استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ طاقت توفیق کا استرخا پیدا
 کرتا ہے جس سے ہم مرض کی آنکھ کی طاقت انتظامی کا اندازہ کر سکتے ہیں۔ مذکورہ طاقت کا محلول اپنے عمل میں یہ زمین
 کی طرح کام کرتا ہے۔ اس کو پیلو کارپین سے جلد متبادل بھی کر سکتے ہیں۔ لہذا جب اس کے پوسے عمل کی ضرورت نہ ہو
 بلکہ صرف مدد معینی کا انبساط مقصود ہو تاکہ ظاہری کے ذریعہ منہ نہ کیا جائے تو پٹ یا ایک فی صدی طاقت بہ اس
 کا محلول استعمال کریں۔ اس محلول کا اثر ۱۲ گھنٹے سے کم عرصہ تک رہتا ہے اور پیلو کارپین محلول کے ایک مرتبہ ڈالنے
 سے متبادل ہو جاتا ہے۔ یہی لہذا جن آنکھوں میں زرق المارعی کا شبہ ہو، ان میں اس کا زیادہ طاقت کا محلول نہیں استعمال
 کرتے

قرنیہ کی خراش اور اس کے اندر انتہائی ترشحات کی صورت میں اس کا ۲ فیصدی طاقت کا
 محلول ڈالنا چاہئے۔ مشکوک استہاب منیہ میں تشخص کے لئے اس کو ڈال سکتے ہیں اور پٹ
 فیصدی طاقت کا محلول اس کا زرق المارعی کی تشخیص کے لئے استعمال کر سکتے ہیں۔

مداویہ انہیں قطع غنہ کے لئے مناسب تمام کے انتہا کے لئے بھی اس کو استعمال کر سکتے ہیں۔

یونین — اس کا نصفی طاقت کا محلول تھوڑی دیر کے لئے انقباض حد تک غرض سے استعمال کر سکتے

ہیں اور ایک فیصد محلول پیلوکارپین سے متبادل ہو جاتا ہے گو ایک اس کا اثر ایک فی صدی والے ہوم ایٹروپین محلول سے مشابہ ہوتا ہے۔ اس کے نصفی محلول کا اثر بہت زیادہ دیر پا ہوتا ہے۔ اور اس کو متبادل کرنے کے لئے پیلوکارپین کفایت نہیں کرتی۔

قابض حد تک ادویہ | ایسرین (Eserin) یا فیسٹوگمین (Physostigmin) اس کا اثر پیلوکارپین کے متبادل ہوتا ہے۔ کیونکہ اس کی وجہ سے عضلہ قابض حد تک اور عضلہ ہرمیہ کا انقباض پیدا

ہوتا ہے جس سے حد تک یعنی اس قدر تنگ ہو جاتا ہے کہ اسپین کے سرے کے برابر نظر آتا ہے۔ اس وقت آنکھ کی بصارت اپنے نقطہ قرینہ کے لئے زیادہ موزوں ہوتی ہے۔ یعنی آنکھ میں شدید قصر بصر لاحق ہو جاتا ہے مگر یہ قصر بصر عارضی ہوتا ہے اس دوا کے اثر کے ماتحت تو ترعین کم ہو جاتا ہے۔ تو ترعین کی کمی آن آنکھوں میں خصوصیت کے ساتھ نمایاں ہوتی ہے جن میں یہ طبعی حالت سے زیادہ ہوتا ہے۔ پیلوکارپین (Pilocarpin) کا اثر بھی ایسرین کے مشابہ ہوتا ہے مگر اس سے ضعیف ہو کر رہتا ہے۔ قابض حد تک ادویہ کا اثر باسط حد تک ادویہ کے مقابلہ میں کم دیر پا اور کم طاقتور ہوتا ہے۔ اس لئے ایسرین یا پیلوکارپین سے منقبض حد تک کی صورت میں ہم ایٹروپین ڈال کر حد تک کو منبسط کر سکتے ہیں۔ مگر ایٹروپین سے منبسط حد تک پیلوکارپین کے ڈالنے سے منقبض نہیں ہو سکتا۔

ایسرین سے عموماً سر اور آنکھوں میں شدید درد پیدا ہوتا ہے۔ اجفان کے اندر بھی تکلیف دہ تشنج رونما ہوتا ہے۔ تسلی ہوتے ہی ہو سکتی ہے۔ یہ علامت سبب نہیں بلکہ حد تک عین اور عضلہ ہرمیہ کے شدید انقباض کی وجہ سے ظاہر ہوتی ہے۔ اس انقباض کی وجہ سے اعصاب ہرمیہ میں کھینچ دیا ہوتا ہے مگر یہ خراب علامتیں اس وقت رونما نہیں ہوتیں جبکہ ایسرین محلول حد تک یعنی کو منقبض نہیں کر پاتا۔ ایسرین کا محلول اگر چند روز تک روشنی میں رکھا ہے تو سرخ ہو جاتا ہے اور اس کو سیاہ شیشیوں میں رکھنا ضروری ہے۔ اس کے رنگ کے بدل جانے سے اس کے اثرات میں کوئی فرق نہیں پڑتا۔ ایسرین اور پیلوکارپین کو ہم غنہ اور عضلہ ہرمیہ کے استرخا میں خاص طریقہ پر استعمال کرتے ہیں۔ مگر اس کا چونکہ عارضی یعنی بہت کم دیر پا ہوتا ہے اس لئے اس کا فائدہ اس وقت زیادہ ظاہر ہوتا ہے جب کہ استرخا کی اثر غالب

۱۰۲ ہو۔ یہ کسی دوسری دوا کے اثر کا نتیجہ ہو۔ مذکورہ بالا مقصد کے لئے اس کے خصلوں کو چوبیس طاقتوں میں تقسیم کیا گیا ہے۔
یعنی اس کی طاقت تین سے زیادہ فیصلی ہو۔ بعض حالتوں میں ایک فیصلی طاقت تک اور بیویہ یا زہریہ خصلوں سے
۱۰۳ فیصلی طاقت تک استعمال کیا جاتا ہے۔

۱۰۴ اور یہ کا استعمال زرق المانی حالتوں میں زیادہ مفید ہوتا ہے اور زرق المانی صورتوں میں شدت دہش اور
کے نتائج سے مطابق اس کے خصلوں کی طاقت رخی باقی ہے۔

کو کین حدتہ یعنی کو منبسط کر سکتی ہے۔ مگر زرق یہ ہو کر ایڑوں میں کی طرح عضلہ قابض حدتہ کا استرنا نہیں پیدا کرتی
صرف بواسطہ حدتہ عضلہ کے انقباض سے اس کا یہ اثر ہوتا ہے اس لئے اس کے ذریعہ حدتہ کا منبسط ہونا درجہ تک
ہوتا ہے۔ اگر اس کا قوی محمول استعمال کیا جائے تو حدتہ اس کو نکھڑے گا۔ جبکہ تو اس کا اثر زیادہ ہو سکتا ہے۔ اس کے
اثر کے ماتحت غنیمت کا نوری رد عمل قائم رہتا ہے۔ اگر کسی ایسی نگہ میں مملوایا گیا ہے جس کا حدتہ چھڑے گا تو اس سے
منبسط ہو چکا ہو تو کسی قدر حدتی انقباض اور زیادہ بڑھ جاتا ہے۔ لہذا یہ خیال رکھیں کہ ان دونوں دونوں سے استفادہ
حدتہ میں سے زیادہ پھیل سکتا ہے۔ کو کین محمول سے طاقت توفیق کا استرنا نہ ہو تو اس کا خفیف اثر
اثر طاقت توفیق پر ضرور ہوتا ہے۔ طبقہ غنیمت پر اثر کرنے کے علاوہ ذیل کے اثرات کو کین محمول کے استعمال سے پیدا نہیں
۱۰۵ طبقہ تحت بہت زیادہ چپکا ہو جاتا ہے۔

(۲) رافض کو آنکھ میں سردی اور خشکی کا احساس ہوتا ہے۔

(۳) فتنہ العین زیادہ فراخ ہو جاتا ہے اور آنکھ کا چھسکا نہ ہو جاتا ہے۔

(۴) بعض اوقات آنکھ کا ڈھیلہ کسی قدر آگے کو بڑھ جاتا ہے اور تو تر میں کسی حد تک کم ہو جاتا ہے۔

(۵) اس کا سب سے زیادہ اہم اثر یہ ہے کہ اس کی وجہ سے سطحی انگوٹھ میں تھیر پیدا ہو جاتی ہے۔

کو کین کے اثر کو صحیح طریقہ پر ہم اس وقت سمجھ سکتے ہیں جب کہ یہ بان میں کہ اس کا اثر شکر کی وجہ سے ہو چکا ہو
ہے جس کی وجہ سے عروق منقبض ہو جاتے ہیں اور سطح کا رنگ چپکا پڑ جاتا ہے شکر کی وجہ سے عضلہ خفہ وانی میں درجہ
کے اندر شاخیں پہنچاتے ہیں اور عضلہ بواسطہ حدتہ کو بھی ان کی شاخیں پہنچتی ہیں اسی وجہ سے فتنہ العین کی فریاد وجہ
میں انقباض نہ ہو جاتا ہے سطحی تھیر کا کوئی تعلق شکر یا عصب سے نہیں ہوتا بلکہ یہ تھیر عصب حسہ کے استرخاء کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔

دوہیں محلولوں دو سے چار فی صدی طاقت کا استعمال کیا جاتا ہے مذکورہ مقاصد کے لئے کوکین کو کمزور یا زیادہ
تیز کرنے کی باتیں ہیں۔ کوکین محلول کا استعمال ذیل کی حالتوں میں کیا جاتا ہے۔

(۱) شکوک زرق اما یہ دوسری ایسی حالتوں میں جن میں قابض حدقہ ایسی دوا استعمال کرنے سے خطرناک ہوتا ہے
تھکے کو امیہ میں نہا دوسرے ان میں حدقہ میں کے عارضی انہما کے لئے کوکین محلول استعمال کیا جاتا ہے۔

(۲) یزوپین یا موم یزوپین کے عمل کے بڑھانے کے لئے۔

(۳) متنبہ کچھ کے احتقان کو کم کرنے کے لئے تاکہ اس کے بعد باسط حدقہ یا قابض حدقہ دوا استعمال کرتے پر آسانی پیدا ہو سکے

(۴) خون سے پرغشا کو سکڑانے کے لئے مثلاً تباہ دہمی۔ تاکہ اس کے اندر کا سوناخ اور واضح ہو جائے۔ نمبر ۳۰

عمل میں اس کے بجائے بڈرنیامین استعمال کی جائے یا اس کو کوکین کے ساتھ ملا کر استعمال کریں۔

(۵) شمر کی اعصاب کے استرخار کی تشخیص کے لئے۔ (۶) تخذیر پیدا کرنے کے لئے۔

اگر کوکین کا محلول متعدد مرتبہ ملتحہ پر ڈالا جاسے تو چند منٹ میں قریب اور طے دو دنوں بے حس ہو جاتے ہیں۔ مگر غیبیہ
کی حس بیدار منٹ تک زائل نہیں ہوتی۔ اور دس منٹ میں بھی ملتحہ غیبیہ میں نہیں پیدا ہوتی۔ اس کا یہ اثر منٹ یا کچھ
زائد عرصہ تک قائم رہتا ہے۔ کوکین کا محلول ایسے اعمال میں استعمال کیا جاتا ہے جن میں قتلہ میں مراد ہوتا ہے جیسا کہ جسم نریب
کے نکالنے یا آپریشن کرنے میں ہو کرتا ہے۔ آپریشن کے لئے نہ صرف ملتحہ میں اس کا ٹپکانا مناسب ہے بلکہ انسجہ کے اندر
اس کی تلیق کی جاسکتی ہے۔ مگر موزائدہ طریقہ بعض اوقات مخدوش ثابت ہوتا ہے۔ بجلی کے ذریعہ بھی اس کو اندر جذب
کرا سکتے ہیں۔ اس کے ڈالنے سے چونکہ کم ہو جاتی ہے۔ اور انقباض جینی میں بھی کمی پیدا ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے آنکھ کے آنکھان
میں اس کے ڈالنے کے بعد آسانی پیدا ہو جاتی ہے۔ آنکھ کے دردناک التهابوں میں اس کے ڈالنے سے وادکم ہو جاتا ہے
مگر چونکہ اس کا تخذیری اثر صرف سطحی انسجہ پر ہوتا ہے اس لئے صرف قریبی التهاب میں دروسہ افادہ ہوتا ہے مگر زرق اما
یا التهاب جینی وہابی میں اس سے کچھ فائدہ نہیں پہنچتا۔ اس مقام پر یہ بھی بتادینا ضروری ہے کہ قریبی التهاب کی صورت
میں یہ نقصان دہ بھی ثابت ہو سکتی ہے۔ اگر آپریشن سے پہلے ہم متعدد بار اس کو آنکھ میں ڈالیں تو معلوم ہو گا کہ قریبی مشرہ
سحابی کیفیت اختیار کر لیتا ہے۔ اور بعض اوقات جابجا الگ بھی ہو جاتا ہے۔ اس کی دو وجہیں ہیں (۱) بلاد واسطہ کوکین کا
برا اثر ظلیات بشریہ پر ہوتا ہے (۲) قریبی کی سطح کا خشک ہو جانا جو قریبی کے بے حس ہو جانے کی وجہ سے اور اس کے اوپر

جھان کے مچھپنے کی وجہ سے ہوتا ہے۔ اس سے زیادہ ایک کوکین کا ڈاننا مناسب نہیں۔ اور اگر مناسب ہو تو کچھ
 ڈان سے بول تو آئندہ کو بند کریں۔ ایسا کرنے سے کوکین کی وجہ سے قذیہ کے پیرس زائید ہوا ہے۔ اس کی
 کڑبی میں کوکین محلول کلمہ میں ڈالنے کے واسطے دیا جائے تاکہ وہ اس کو ڈال دیا کرے۔ دیکھیں کہ اس کی کڑبی
 میں کوکین زیادہ ہستیاں رہا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس کے خضر اثرات قذیہ میں بڑھ جاتے ہیں۔ اور
 بھی ممکن ہے کہ قذیہ تہہ پہنچے اس کا برا اثر پڑے۔ یہ مضمون کے لئے ہا کوکین محلول یا اس کا مہرستوں
 آنا زیادہ مناسب ہوتا ہے۔ ڈیونین یا کیورین۔ مقررہ دونوں دواؤں سے بہتر ہے۔

کوکین کے ٹیٹے، تحت انباہ حد تک ہوتا ہے۔ وہ چٹائی تک رہا کرتا ہے۔ اس کی وجہ سے ہیڈ
 میں ہونٹیں پیدا ہوتا ہے اس سے مرض گھبراہٹ ہے۔ انباہ حد اور مہیانی کی خرابی دونوں ایک قطرہ ہیڈ کا یہ
 محلول کے ڈالنے سے زل ہو جاتے ہیں۔ مہیانی میں نقص ہو تو آئندہ کی خٹکی کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ کیونکہ خٹکی کی وجہ سے
 قذیہ کی سطح کسی قدر بھرا ہو جاتی ہے۔ اس حالت کا زار نہایت آسان ہے۔ اگر مہیانی کچھ دیر کے بعد ترہ کھینچ لے
 آئندہ بند کرتا ہے تو خٹکی زائل ہو جاتی ہے۔

دیگر مقامی مخدرارویہ ان میں سب زیادہ ضروری ذیل کی دواؤں میں۔

ہا کوکین (Holocain) ، فین مین (Phenacain) ، کوکین سے زیادہ بھی ہوتا ہے۔ اس کا مضر
 اثر قذیہ پر نہیں ہوتا۔ اور اس سے عروق دھوی بھی منعقد نہیں ہوتے مگر ان میں احقاق پیدا کرتی ہے۔ حد تک انباہ
 بہت خفیف ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا۔ اس کا ایک فیصدی طاقت والا محلول ہستیاں کرنے سے اس کا مخدر
 نایاں ہوتا ہے۔ اس کو ہم اس وقت استعمال کرتے ہیں جب کہ ہمارا مقصود یہ ہوتا ہے کہ حد پر انباہی اثر بالکل نہ ہو
 اور اس کا اثر تو ترعین پر پڑے۔ اسی وجہ سے ہا کوکین محلول کا استعمال تو ترعین کی پائش کے سلسلہ میں اور زرقاں
 جرحی عمل کے وقت ضروری ہوتا ہے۔ غریب جام کو کھانے کیلئے بھی اس کو استعمال کرتے ہیں اسکے علاوہ کچھ برکیئے ذیل کی دواؤں استعمال کرتے ہیں
 چہ کوکین (Procin) یا نو کوکین (Novocain) کا عمل کوکین محلول کی طرح ہوتا ہے
 مگر اس سے کمزور۔ اس کی سمیت بھی کوکین سے کم ہوتی ہے۔ اس کا ۲ فیصدی طاقت والا محلول نہایت عمدہ ہے۔ اور
 جس کو انسج کے اندر تلیق کے ذریعہ استعمال کیا جاتا ہے۔ اس کے محلول میں ایڈرینائین، کارقنہ، دھی کو اندر سے دھوئے

آنکھ کو کھانسنے کے واسطے اس کے محلول سے آنکھ کو مندر کریں

ٹروپوکین (Tropocin) اور **سٹوڈین** (Stovain) اس کا انقباضی اثر حد قد پر کوکین کے مقابلے میں زیادہ کم ہے۔

ایوکین (Eucain) کا محلول اس سے نصفی طاقت تک استعمال کیا جاتا ہے۔ ایلپی مین (Alipin) دو سے چار فیصدی تک محلول کی صورت میں یا زیرِ طحہ ایک فیصدی اس کا محلول استعمال ہے۔ ایلپی مین کا بھی اثر کوکین کے برابر ہوتا ہے۔ ایکواٹن کا اثر عروق یا حد قد پر بالکل نہیں ہوتا۔ یہ دو ان محلولات میں ملا کر استعمال کی جاتی ہے جو زیرِ طحہ استعمال کئے جاتے ہیں۔ مگر پروکین اس مقصد کے لئے ایکواٹن سے زیادہ بہتر ہے۔ قرفوی خراش والے درد میں، اگر انیسڈ ایکوین کسٹرال میں ملا کر استعمال کی جائے تو چند گھنٹوں میں آرام حاصل ہو جاتا ہے۔ خصوصیت کے ساتھ یہ دوا اس صورت میں زیادہ مفید اور مناسب ہوتی ہے جبکہ قرفیہ سے غریب جہاں کو نکال دینے کے بعد وہ جگہ پر مہر ہو اور تکلیف ہو رہی ہے۔

گلاب کا تیل جو عرصہ سے آنکھ کے محلولات میں ملا کر عرقِ گلاب کی صورت سے استعمال کیا جاتا ہے۔ اس کا تخدیر اثر تقریباً کوکین کے برابر ہوتا ہے بشرطیکہ یہ تیل کی صورت میں طحہ پر لگایا جائے! اور کوکین سے اس کا اثر بہتر ہوتا ہے بشرطیکہ اندرونِ جلد اس کی پٹیج کی جائے۔ یہ کوکین سے بہت کم سمی ہوتا ہے۔ بنزول کاربونیل (Benzoyl carbonyl) اس سے بھی زیادہ موثر ہے مگر اس سے سمیت میں بھی کسی قدر زیادہ ہے۔ یعنی یہی اثر سیلی جین کا بھی ہوتا ہے۔

بیوٹین (Butyn) کا نصفی محلول کوکین کے نصفی محلول سے زیادہ موثر ہوتا ہے کوکین کے مانند اس کی سمیت ہوتی ہے۔ اس کا کوئی اثر قرفیہ اور حد قد عین پر نہیں ہوتا۔ اس سے لے کر ایک فیصدی محلول زیرِ طحہ پٹیج کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ مگر اس مقصد کے لئے اس سے زیادہ بہتر پروکین سمجھی جاتی ہے۔

ایڈرینالین (Adrenalin) پیرانفرین (Paranephren) سپرائسین (Supraarenin) اپنی نڈین (Epinephrin) یہ تمام نام کلاہ گردہ کے خلاصہ کے ہیں۔ ٹونوجن (Tonogen) اور

اپی مین (Epinn) یہ دونوں مصنوعی خلاصہ گردہ ہیں۔ یہ تمام دوائیں غیر مخطط عضلی ایوان میں انقباض پیدا کرتی ہیں۔ یعنی ان سے عروق منقبض ہوتے ہیں۔ اگر ان دواؤں میں سے کوئی ایک بھی بہت زیادہ سُرخ آنکھ میں ڈالی جائے تو سُرخ آنکھ چند ثانیہ میں بالکل پھکی پڑ جاتی ہے۔ یعنی اس کی مرفی بہت ہے۔

ہو جاتی ہے اور پھر سی حالت میں ایک گھنٹہ یا اس سے زائد وقت تک باقی رہتی ہے مگر مقررہ کے بڑے سہولت و نصیبیہ کے غائر عروق پر اس کا کوئی اثر نہیں ہوتا۔ لہذا اس کو ہم بخیر کے غائر اور سطحی استحقان کے پہچاننے کے لئے امتحانیں ڈالتے ہیں مشکوک التهاب مہنیہ کے علاوہ مختلف اقسام کے مٹھی اور ام کو بھی اس کے ذریعہ قیہ کر سکتے ہیں۔ کیونکہ اس کے ڈالنے سے استحقان دھوی کی وجہ سے پیدا ہونے والا درم کم ہو جاتا ہے۔ مگر جو اور ام، استثنائی رطوبت کی وجہ سے پیدا ہونے والا پراس کا کچھ اثر نہیں ہوتا۔ آنکھ کے التهاب میں اس کا استعمال اس لئے بھی مناسب نہیں ہے کہ اس کا اثر بالکل نامنہی ہوتا ہے۔ لہذا ہم صرف ان حالتوں میں اس کو استعمال کر سکتے ہیں جن میں عامی طور پر عروق کا التهاب منقص ہو جاتا ہے کہ زف الدم کم ہو جائے۔ مثلاً جب ملتب آنکھ کا پریشن کرنا ہو تو ایڈرینالین کی وجہ سے یوگین کا اثر زیادہ ہو سکتا ہے۔ اور پریشن کے دوران میں زف الدم میں بہت کمی ہو جاتی ہے۔ آپریشن کرتے وقت اگر زف الدم بہت زیادہ ہو تو مقام باؤف پراس کے ڈالنے سے زف الدم بند ہو جاتا ہے۔ اس مقصد کے لئے ہم فی ٹکسٹنی میٹرس کے رو یا تین قطرے مخدر محلول میں ملا دیتے ہیں اور پھر اس محلول کو زیر طبع یا زیر طحہ تبلیغ کر دیتے ہیں۔ قنہ ذمی کے اندر کارہ تکمیل کرنے کے واسطے بھی اس کا محلول استعمال کیا جاتا ہے۔ قنہ ذمی کے درم کی تکمیل کا مقصد یہ ہے کہ اس کا سوراج کھل جائے۔ بعض اوقات اس کا انبساطی اثر منبسط حد تک یعنی پر محرک ہوتا ہے جس کی وجہ سے انبساط حد تک بڑھ جاتا ہے۔ یہ حالت زرق المائی آنکھ میں خاص طور پر پائی جاتی ہے۔ اسی طرح جن آنکھوں میں زرق الما کی استعداد ہوتی ہے ان میں قاعدہ کے خلاف باسط حد تک اور یہ نقصان دہ ہوتی ہیں اور ان کی وجہ سے تو قرعین بڑھ جاتا ہے یہی وجہ ہے کہ یہ دو مشکوک زرق المائی حالت کی تشخیص متعین کرنے کے لئے بھی استعمال کی جاتی ہے۔ اور زرق الما کے پیدا ہوتے وقت آنکھ کا معائنہ کرنے کے واسطے انبساط حد کی غرض سے ہی مستعمل ہوتی ہے۔

ڈائیونین (Dionin) ایٹھل مارقین ہائڈروکلورائڈ (Ethyl morphine hydrochloride) (گرسفون کی صورت میں یا ہ فیصدی والا اس کا محلول آنکھ میں ڈال جائے تو پہلے آنکھ میں سوزش محسوس ہوتی ہے۔ اور چند منٹ کے بعد پتھر میں توج پیدا ہو جاتا ہے جو بڑھ کر درم کی صورت اختیار کر سکتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی اجفان پریمی درم ہوتا ہے اور پسینگیں آتی ہیں۔ یعنی ماہرین کا خیال ہے کہ پہلے ۲۲ فیصدی طاقت والا محلول آنکھ میں ڈالنا شروع کریں اس کے بعد رفتہ رفتہ اس کی طاقت کو بڑھا کر ۱ فیصدی تک لے جائیں۔ یہ تین چند گھنٹوں میں غائب ہو جاتا ہے۔ مٹھی، استحقان دھوی کی وجہ

سے سرخس کے زخموں سے قدرتی محافظہ ہوا آجاتے ہیں۔ اور وہ آنکھ کے اندر پہنچتے ہیں۔ علاوہ ازیں آنکھ کے اندر
 زخم دیکھنے والے کی وجہ سے وہاں کے دوران خون میں کچھ فرق پیدا ہو جاتا ہے۔ اس لئے ہم ڈائیونین کے حمل کو
 بنانا بہتر سمجھتے ہیں۔ قطع نظر مذکورہ باتوں کے اس دوا کا استعمال قریبی سحابی حالت کی تکمیل
 کے لئے ہی کیا جاتا ہے۔ اس کا یہ بھی غرض ہے کہ اس کے استعمال سے درد کم ہو جاتا ہے اور آنکھ کی سرخی
 بہت آہستہ زائل ہو جاتی ہے۔ یہ دوا چونکہ زیادتی کو کم کر دیتی ہے۔ شری التھاب ملحقہ۔ ضلی التھاب قرنیہ بینی جگہ
 سے شبکیہ کے کھربانے اور آنکھ کی غائر آنسو کے عوارض میں اس دوا کو زیر طبیقی طریقہ پر استعمال کرتے ہیں۔ اس کے
 متعدد بار استعمال کرنے سے ہر مرتبہ نتیجہ کے پیدا ہونے میں کچھ نہ کچھ کمی ہوتی جاتی ہے مگر دوا کا علاقہ فائدہ بھی کم ہوتا جاتا ہے
 بعد میں موثر تو محسوس ہوتی ہے مگر مرض پر دوا کا کچھ اثر نہیں ہوتا۔ بعض لوگوں کا خیال ہے کہ اس سے تو قرنیہ بڑھ جاتا
 ہے مگر یہ دوا کیا مبالغہ کی رو نما نہیں ہوتا۔ لہذا ایسے مشکوک مریضوں میں اس کو کسی قابلِ صدقہ دوا کے ساتھ
 ملا کر استعمال کرنا چاہئے۔

بعض نین سیاں سے زیادہ طاقتور مختلف ادویہ کے محلول۔ یہ محلول آنکھ کے دھونے کے لئے استعمال کے
 جاتے ہیں جن میں سیم ڈانکھ کو دھونے والا (کے ذریعہ ان محلول کو ہر دو یا تین گھنٹہ کے بعد منت تک آنکھ کے
 دھونے میں استعمال کرنا چاہئے۔ احتیاتی رقبوں اور ملتبہ ساختوں سے ترشحات کو باہر نکالنے کے لئے بھی ان کو استعمال
 کیا جاتا ہے۔ خصوصیت کے ساتھ یہ ان حالتوں میں مستعمل ہوتے ہیں جن میں کہ درم ملحقہ بہت زیادہ ہو جیسا کہ قریبی ادویہ
 سوزا کی قروح میں ہوتا ہے۔ ان نکیات کے محلول میں سے گیشیا سلینٹ کا محلول ۵ فیصدی طاقت سے لے کر
 متعین محلول تک استعمال کیا جاتا ہے۔

زیر ملحقہ طبعیات۔ موثر سیاں کی زیر طبیقی طریقہ سے دو قسم کا فائدہ پہنچتا ہے۔ اس کی طبیقی سے انسجہ میں خراش پیدا
 ہوتی ہے اور انجذابی حالات میں تغیر ہوتا ہے۔ انسجہ کی خراش کا احساس درد سے ہوتا ہے۔ اور مقام طبیقی پر سرخی پیدا ہوتی
 ہے۔ علاوہ اس کے دوا کا یہ بھی نتیجہ ہوتا ہے کہ خون سے محافظہ اجزاء انسجہ کے اندر تشاجی عمل کے ماتحت زیادہ
 پہنچ جاتے ہیں۔ اسی تشاجی عمل پر طبیقی کا شفا کی اثر منحصر ہے۔ قریبی قرنیہ میں اور قرنیہ کی سحابی کیفیت میں خصوصیت
 کے ساتھ اسی عمل پر شفا کا انحصار ہوتا ہے۔ طبیقی کے بعد انجذابی تغیرات اس لئے رونما ہوتے ہیں کہ ملحقہ کے نیچے نکل پونج

نٹروجنس ہائیڈروکلورائسڈ۔ یا جوہر گلیپ۔ عصب باصرہ پر اس کا اثر محرک ہوتا ہے۔ طبعی آنکھ میں بھی خفیف مگر عارضی طور پر بنیائی میں تیزی پیدا کرتا ہے۔ میدان بصر اس سے وسیع ہو جاتا ہے۔ علاج کے طریقہ پر وہ ملی گرام روزانہ بھورتھ کے استعمال کر سکتے ہیں۔ نتیجے کے واسطے زیادہ مناسب مقام صغین پر زیر عابدی جگہ ہے۔ عصب بصری کے خطرناک عوارض مثلاً بڑستہ ہونے، صنوبر میں اس کے انعکسشن سے بنیائی میں فرق پیدا ہو جاتا ہے اور میدان بصر خاص طور پر بڑھ جاتا ہے۔ مریخیغیرات متقل نہیں ہوتے۔

بنیائی کی وہ خرابیاں جن میں منظار عین کے ذریعہ معائنہ کرنے پر کسی خاص تبدیلی کا پتہ نہیں چلتا ان میں اسٹرن کی نقیحات سے خاص فائدہ پہونچتا ہے۔ اختناق اور ضعف بصری حالتوں میں زیادہ خصوصیت کے ساتھ فائدہ ہوتا ہے۔ گران حالتوں میں عام طور پر یوں بھی انداز میں اچھا ہوا کرتا ہے۔

اسباب مرض کا تدارک۔ ہر مرض میں سبب مرض کے مطابق غرضی علاج کیا جاتا ہے۔ اس لئے اس کے علاج کی نوعیت متعدی امرات کے اعتبار سے بہت زیادہ مختلف ہو سکتی ہے۔ جراثیمی حملہ کے خلاف ہم مقامی اور عمومی ان ہی دونوں علاج کے ذریعہ جنگ و جدل کر سکتے ہیں۔ مقامی علاج میں دافع قطن غسولات استعمال کئے جاتے ہیں۔ ان غسولات سے سطحی جراثیم ہلاک ہو جاتے ہیں یا وہ غیر موثر ہو جاتے ہیں۔ مٹھر کرنے والے غسولات سے مقامی ان کی سطح جراثیم سے پاک ہو جاتی ہے اور دی ادویہ کے استعمال سے انسجہ کا ماؤف حصہ جراثیم کے ضائع ہو جاتا ہے ان ادویہ کا استعمال آنکھ میں صرف سطحی عدوی کی حالت میں ممکن ہوتا ہے جیسا کہ ملحقہ۔ قرنیہ اور لب اوقات خزانہ مقدم کے علاج میں ان کو استعمال کیا جاتا ہے۔

دافع عفونت۔ محلولات جن کو آنکھ میں استعمال کیا جاتا ہے ان میں سے زنگ سلفٹ کا محلول مورکیس کس فیلڈ کے حصار کے لئے قابل ثابت ہوتا ہے۔ سلورنائی ٹریٹ (Silver nitrate) اور چاندی کے دوسرے مرکبات مختلف جراثیم خصوصاً سوزا کی کردیات پر بھی اثر رکھتے ہیں (اپٹوچین، Optochin) نیونیائی کردیات کے لئے سم قاتل کا حکم رکھتی ہے۔ محلول ہائی پر کلورائٹ یا کلورامین کا محلول اور سیابی محلول (سیابی محلول ۳۰۰ میں ایک کی طاقت کا استعمال کیا جاتا ہے) سطح کے نیچے کے جراثیم پر کچھ اثر نہیں کرتا اور نہ کسی پوشیدہ جگہ پر پڑے ہوئے جراثیم اس سے متاثر ہوتے ہیں۔ یہ صفت ان جراثیم کو غیر موثر کر دیتا ہے جو ملحقہ کے اندر آزادانہ موجود ہوتے ہیں۔ اسی لئے اس کو آپریشن سے

پہلے استعمال کرتے ہیں۔ جرمی عمل کے وقت تک ملحقہ کو یہ بدل نظر رکھتا ہے۔ یعنی اس وقت تک اس کی وجہ سے اس کے اندر سے زخم کو غدوی نہیں پہونچ سکتا۔ کوئلا کوئس ایک فیصدی طاقت دلتے دم کی صورت میں ہی اثر کیا ہوا۔
 • ملحقہ ہی نگیں سیال اور بوک محمول، ڈائیرول یہ نظر کرنے کے مضمون ہیں۔ دفع عفونت شریقی رکھتے ہیں۔
 زادیوں اور کوئوں میں نیز قنارہ دمی میں پہونچ کر مسلسل پنہاں کرتے ہیں۔ اسی وجہ سے یہ زیادہ غید ثابت ہوتے ہیں۔
 کاوی ادویہ اس وقت استعمال کی جاتی ہیں جب کہ کسی سطحی مقام مثلہ قرنیہ یا متحرک جراثیم مجتمع ہوں مگر شرط یہ ہے کہ جراثیم بہت زیادہ رتبے میں پھیلے ہوئے نہ ہوں ورنہ اس کے استعمال سے انسجہ کا زیادہ حصہ برباد ہو جائے گا۔ ان ادویہ کا استعمال صرف اس مقام تک محدود ہونا چاہئے جہاں تک کہ انسجہ کا حصہ مارت ہو۔ کیونکہ قرونوی حصہ میں ہر مرتبہ علی میٹر کا حصہ آنکھ کی بنیادی کے سے نہایت سردی اور پیش قیت ہے۔ اس کے سیال کاوی ادویہ یا جلد ذوبان پیدا کرنے والی دواؤں کا استعمال ہر حالت میں مناسب ہے۔ کیونکہ چاروں طرف بکریہ دوسرے حصے کو بھی خراب کر دیتی ہیں۔ خاص کاربولک ایسڈ ورنائٹرک ایسڈ کے عمل کو ہم محدود دیکھ سکتے ہیں۔ اسی لئے ان ہی دونوں دواؤں کو قرونوی صمدی عراض کے رد کے میں استعمال کرتے ہیں حقیقتاً ان دونوں دواؤں سے بھی زیادہ بہتر اور کارآمد کوہہ صمدیہ یا کوہہ کربائی ہے۔ اس کا استعمال قرصہ صاعیہ میں خاص طریقہ پر مفید ہوتا ہے اور دوسرے قرونوی قروح میں جو تیزی کے ساتھ پھیل رہے ہوں ان میں بھی فائدہ پہنچتا ہے۔
 کمزور کاوی ادویہ میں سے تو تیا ہے جس کی پتلی نوک دار قلم بنا کر قرونوی، لیان شجری میں لگانا مفید ہو۔
 وائسچرائٹ ایوڈین ہے۔ اس کو ہم قرصہ کے فرش پر پتلی پھر مری کے ذریعہ لگاتے ہیں۔ مگر اس کے لگانے سے پہلے نگرانی مانجھنا
 لوکچ دینا چاہئے۔

کر کاوی ادویہ مناسب نہ ہوں تو قدرتی قوت مدافعت کو طاقتور کرنے کی کوشش کرنا چاہئے تاکہ وہ خود جراثیم کے خلاف جنگ و جدل کر سکے۔ اس مقصد کے لئے گرم تگیدات اور قرونوی قروح میں سورخ کر دینا زیادہ مناسب ہے۔
 • کیونکہ ایسا کرنے سے خون کے محافظ اجزاء قرنیہ کے انسجہ میں پہونچتے ہیں۔
 مقامی علاج کے عنوان کے ماتحت یہ تدبیر بھی آجاتی ہے کہ آنکھ سے دور کے مقامات کے مراکز غدوی کو جسم سے علحدہ کیا جائے۔ بشرطیکہ یہ مراکز آنکھ کے امراض پیدا کرنے میں دخیں ہو رہے ہوں۔ زیادہ تر یہ مراکز

دانتوں - لوزین - نفی ملحقہ تجر دلیٹ - نیز امعا میں پائے جاتے ہیں۔ ان کی وجہ سے آنکھ کے پیشاں امراض مثلاً التهاب قرنیہ - التهاب جنبیہ - التهاب جبینی - جھببہ کے امراض طاقت توفیق کی کمزوری اور ضعف بصارت وغیرہ لاحق ہوتے ہیں۔ گریب عادی ان مراکز سے پھیل کر عمومی حیثیت اختیار کر لیتا ہے تو اس وقت اس کا تدارک بھی کارگر نہیں ہوتا۔ ایسی حالت میں غامی مرکز کو علیحدہ کرنے کے بعد ذاتی و کمین تیار کر کے اس سے علاج میں مدد لینا چاہئے۔

عمومی علاج - عمومی علاج کا مقصد یہ ہے کہ مقامی علاج کا اثر زیادہ قوی ہو جائے۔ جب جراثیمی مرکز کا پتہ چلتے اس وقت عمومی علاج بہترین طریقہ علاج ہے اس کے علاوہ جو دوا میں مختلف متعدی امراض میں استعمال کیے جاتے ہیں مثلاً ایوڈین - پارہ کے مرکبات اور سپین لائف والی دوائیں۔ یہ سب ایسی ہیں کہ جو بعض جراثیم کے لئے مخصوص ہوتی ہیں۔ ان کا عمل اس طریقہ پر ہوتا ہے کہ کسی ایک قسم کے جراثیم سے عادی ہونے کے بعد جب صحت دوبارہ و تبہم کسی قسم کے دوسرے جراثیمی مہموں سے حصوں ناموں رہتا ہے تو کہ پہلے عمل کے ذریعے جسم ان جراثیم کے خلاف عمل کیے والے تریاتی اجزاء اپنے اندر تیار کر لیتا ہے۔ ان تریاتی اجزاء سے یا تو جراثیم ہلاک ہو جاتے ہیں یا ان کی سمیت متعادل ہو جاتی ہے۔ ایسی ممانعت ہم مصنوعی طریقہ پر بھی پیدا کر سکتے ہیں چنانچہ اس کے پیدا کرنے کے دو طریقے ہیں ایک قہری اور دوسرا فاعلی ممانعت انسانی جسم میں کسی مردہ جراثیم اور ان کی سمیت داخل کرنے سے پیدا ہوتی ہے۔ مرض کی حالت میں کسی دوسرے جسمانی حصہ پر بھی اس ویکسینی تعلق کے ذریعہ ہم مذکورہ قسم کی ممانعت پیدا کر سکتے ہیں۔ اس ممانعت یا محافظانہ جسم میں پیدا ہونا اس لئے مفید ہوتا ہے کہ یہ اجزاء دوران خون کے ذریعہ مآوف مقام تک پہنچ کر وہاں جراثیم کو ہلاک کرتے ہیں اور ان کی سمیت کو متعادل کر دیتے ہیں۔

قہری ممانعت پیدا کرنے کا طریقہ گویا کہ بالواسطہ طریق میں سے ہے۔ اس طریقہ میں ایک حیوان کے اندر ممانعت فاعلی کے ذریعہ تریاتی اجزاء کسی خاص قسم کے جراثیم کے خلاف پیدا کئے جاتے ہیں اور اس حیوان کا دموی مصل جس میں اجزاء ہوتے ہیں۔ دوسرے بیمار میں داخل کیا جاتا ہے ایسا کرنے سے مرض میں یہ اجزاء مقام مآوف پر پہنچ کر اول تو جراثیم کو ہلاک کرتے ہیں اور دوسرے ان کی سمیت کو بھی متعادل کرتے ہیں۔ اور اس طرح سے مرض کا استعمال کلی ہوتا۔ یہ طریقہ علاج "علاج مصلی" کہلاتا ہے۔ اس قسم کے مصل دموی میں تریاتی اجزاء ضد سمی یا ضد جراثیمی ہو سکتے ہیں یا پھر مصل علاجی جس میں فاسینی اجزاء ہوتے ہیں۔ وہ فاسینی خالق باقی ہے اور اس کے مصل ضد کو ایات نیونیاتی اس میں جراثیمی اجزاء ہوتے ہیں۔

اس قسم کے نسل کے تریاتی جزا میں ان جراثیم کے خلاف موثر تھکے ہیں جن سے روئیاں کے نسل
چونکہ بعض جراثیم اپنی مختلف حالتوں میں مختلف اثرات رکھتے ہیں اس لئے بہت سہجہ ہے کہ یہ جراثیم جو
مرضیں پیدا کرتے ہیں۔ ان میں سے حاصل کرنے کے بعد سنوئی مازہ پان کی کاشت کی جب وہ پھل سے
رکیزت بنا کر پھل کے واسطے استعمال کی جائے اس قسم کی روئیاں تو کمپین کئے ہیں۔

اسی ان میں سے ہم پانچوں جراثیم کے لئے کاشت کی جائے تو ان میں سے اندر میں جراثیم
کے خلاف تریاتی اجزاء موجود ہونگے جو مرض کے بذریعہ مرض کا باعث ہیں۔ اسی قسم کے نسل کو ہم نسل کو ہمینی ذاتی کہتے ہیں۔
بہت اوقات ایک ہی وقت میں ایک قسم کے جراثیم کے بت سے نمونے سے کران سے زمین بنائی جاتی ہے جو
میں دیکھیں سے کسی حیوان میں ممانعت پیدا کی جاتی ہے۔ پھر میں حیوان سے نسل کو ہمینی سے کران میں سے
کرتے ہیں۔ اس کی بناء پر مختلف قسم کے جراثیم کو نوون میں سے نمونہ جو کہ بیماری پیدا کرنے والے جراثیم کسی ایک مزید سے
مشابہ ہوں۔ اس لئے اس نسل کی تعلق سے مرض کو فائدہ پہنچا ہے کیونکہ اس کے لئے اسی قسم کے جراثیم جو باعث مرض ہیں
سے پیدا کردہ فائیدیت کے اجزاء موجود ہوتے ہیں۔ اسی کو ہمینی نسل کو پانی دلت سیرم کہتے ہیں۔

اگر کسی وقت نڈ سے کسی قسم کے جراثیم نڈ میں یا خون سے کسی برٹومہ کو حاصل نہ کیا جاسکے تو اس صورت میں اسٹری
رو عمل کے ذریعہ ہم کسی ایک قسم کے جراثیم کا تین ممانعت پیدا کرنے کے واسطے کافی کرنے کر سکتے ہیں یہ ممانعت
میں اس قسم کا رو عمل نہ تو آتشک کے واسطے مختص تھا۔ مگر آج کل سوزاک۔ نوون اور کرویات عنقودیر کے مختلف قسم
اور عنقودیر انڈازار کے لئے بھی یہ عمل کام میں لایا جاتا ہے۔ علیٰ ہذا القیاس کرویات نزدیک کے واسطے بھی کارآمد ثابت ہا
انکھ کے علاج میں فادین خاق و بانی اور مند کران تھری ممانعت پیدا کرنے کے واسطے استعمال کی جاتی ہیں
مگر زمین فاعلی ممانعت پیدا کرنے کے واسطے استعمال ہو۔

فادین خاق و بانی و فادین کران کی۔

اس کا استعمال ملحقہ کے التاب خاق و بانی میں کامیاب ثابت ہوتا ہے۔ طریقہ استعمال یہ ہے کہ زیر جلدی نفع کے
ذریعہ اور انکھ میں ڈالنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔ انکھ کے طوط قروح میں ان کو کران کی ندوی سے محفوظ رکھنے کے لئے
کران کی فادین کی مدافعت ملحقہ کی جاتی ہیں۔ قرصہ ساعیہ میں فادین نیونیائی کا استعمال کیا جا چکا ہے اس سے

کامیابی کا معیار مختلف ہے۔ یہ تجربہ سے ثابت ہو چکا ہے کہ خفاتی فادہ میں کے استعمال سے سناق کے علاوہ دیگر مدوی سے بھی سم محفوظ رہتا ہے اور اس فادہ کی وجہ سے بتائی جاتی ہے کہ فادہ میں کے اندر بھی جسٹرا اس فریضہ کو انجام دینے پر غیر نوعی اجسام بنیہ یا نیہ کے ذریعہ علاج۔ اس طریقہ علاج میں دودھ کی عضلی تلیحات بھی استعمال کی جاتی ہیں یہ طریقہ مختلف ایسے متعدی غواض کے علاج میں کامیاب ثابت ہو چکا ہے جن میں عدوی دالے جراثیم کو ہم صحیح طور پر مستقیم نہیں کر سکتے۔ ان تلیحات کی وجہ سے بخار (عمومی رد عمل) پیدا ہوتا ہے اور مقامی رد عمل مرض کی بہتری کی صورت میں رونما ہوتا ہے۔ تلیق کے واسطے گائے بھینس کا دودھ ۲-۵-۱۰ مکب سینی میٹر ایک انوبہ میں لیکر پانی کے اندر رکھتے ہیں اور پانی کو حرارت پہنچا کر ابالتے ہیں۔ پانی کے ابالنے کا عمل کم از کم آدھ گھنٹہ سے ۵ منٹ جاری رکھا جاتا ہے اس کے بعد اس دودھ کی عضلی تلیق کی جاتی ہے۔ لہاب قرنیہ، لہاب غبیہ، لہاب شیمیہ اور لہاب ملتحمہ میں اس تلیق سے بہت فائدہ پہنچتا ہے۔ تیار شدہ اور جو کہ بازار میں انوبہ کی صورت میں ملتا ہے اولان کے نام سے مشہور ہے۔ اس کی تلیحات شروع ہی میں ۸-۱۰ سی سی تاکہ کئے جائیں۔

ورنین۔ منالجات چشم میں ورنین کی تلیحات عموماً استعمال کی جاتی ہیں تشخیصی حیثیت سے ورنین اس طریقہ پر استعمال کی جاتی ہے کہ اس سے یہ معلوم ہو جائے کہ مرض میں ورینی عدوی موجود ہے یا نہیں۔ نیز اگر ہے تو اس کی آنکھ کو ورینی عدوی سے کس قدر تعلق ہے۔ ورنین کی تلیحات کے بعد اگر بخار لاحق ہو تو ظاہر ہے کہ یہ رد عمل مثبت ہے اور مقامی طور پر ماؤن آنکھ کے اندر مرکزی رد عمل کا ظہور بھی اس کی دلیل ہے۔ اس مقصد کے لئے ورنین کاغ استعمال کی جاتی ہے۔ چونکہ مثبت حالتوں میں اس سے بخار لاحق ہو جاتا ہے اس وجہ سے اس کو فضول سمجھا جاتا ہے۔ اگر اس امر کا یقین ہو جائے کہ مرض کے جسم میں ورینی عدوی موجود ہے مگر اس کے سینے کے امتحان یا اس کے بلغم کے امتحان سے ممکن ہے۔ تو اس امر کا فیصلہ کر لیا جائے کہ مرض کے سینے میں کوئی قرحہ موجود ہے یا نہیں۔ نیز مفاسل اور پیچیدگیوں میں سردست ورینی عدوی برسر کار ہے یا نہیں اس امر کی تحقیق کی اس لئے ضرورت ہے کہ لبا اوقات اس قسم کے مریضوں کو ورینی تلیحات دینے سے نتائج خراب رونما ہوتے ہیں

فعال ورینی عدوی اگر نہ ہو تو مرض کو شفا خانہ میں داخل کر دیں اور تلیق کے ہر دو گھنٹے کے بعد اس کا جسمانی درجہ حرارت معلوم کریں۔ اگر ۲ گھنٹہ کے اندر حرارت طبعی درجہ پر آجائے تو ہم اہل گرام دین کی تلیق دیتے ہیں۔ بہتر یہ ہے کہ یہ تلیق صبح کو ۹ بجے کی جائے تاکہ جو رد عمل گھنٹہ میں ظاہر ہوا ہے ورات کو ظاہر ہو ورات کو رد عمل کے طور میں اس کے نظر انداز ہو جانے کا امکان ہے۔ عمومی مثبت رد عمل کا اظہار جسمانی حرارت کے بڑھنے سے ہوتا ہے۔ اگر ۲ گھنٹہ میں کسی رد عمل کا ظہور نہ ہو تو وہ گرم

کی قطع کریں۔ اس کے بعد بھی اگر کوئی رد عمل نہ ہو تو فعال ورنی عدوی کا یہاں پر مچان نہیں کرنا۔ اس کے درمیان کا وقفہ زیادہ ہونا چاہئے کیونکہ زیادہ وقفہ کے بعد قطع کرینے سے ذکاوت میں بڑھاپہ ہو جاتا ہے۔

حرارت کی زیادتی کے علاوہ غویہ مقامی طور پر قطع کے مقام پر رد عمل نہ ہونا بڑھاپہ ورنی عدوی موجود ہو۔ اس مقام پر التھابی ارتشاح شروع ہو جاتا ہے جہاں پر کوسوں کے ذریعہ ورنی عدوی اندر داخل ہوتی ہے اور اس مقام کی بعد سرخ ہو جاتی ہے۔ اس کے نیچے سختی و تمام پید ہو جاتا ہے جس کے علاوہ مرکزی مقامی رد عمل آنکھ کے اندر پیدا ہو سکتا ہے۔ اس مقام پر استقامت یا سرخی کی زیادتی ہوتی ہے اور طبیعت کا ترشح زیادہ ہوتا ہے یعنی آنکھ میں تکلیفات بڑھ جاتی ہیں۔ مرض کی اس زیادتی سے بعض اوقات قرنہ میں خدنگ خورن پید ہو جاتے ہیں۔ اسی وجہ سے ورنی کا رخ کو تشخیصی امور میں دشواری جب کہ ورنی آنکھوں میں ورنی ورنی کا شبہ ہو سکتا ہے۔

نہیں کرتے۔ اکثر مریضوں میں مقامی رد عمل شیمیہ اور شیمیہ کے اندر ارتشاحی صورت اختیار کرتا ہے۔ یہ معلوم کرنے کے واسطے کہ کوئی مقامی رد عمل ہو رہا ہے یا نہیں آنکھ کا معائنہ نہایت غور کے ساتھ کرنا چاہئے۔

بیرونی امتحان اور نقطہ بین کے ذریعہ امتحان قطع سے قبل درمیان میں بھی کرنا چاہئے۔ اگر مقامی رد عمل کا ظہور نہ ہو اور عمومی رد عمل موجود ہو تو اس وقت یہ فیصلہ کرنا ورنی عدوی، انگوٹیاں موجود ہیں یا نہیں۔ صرف ایک قیاسی امر ہے۔ ایسے مریضوں میں خاص طریقہ پر ان کے مرض میں ان طبیعت سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔ ان مریضوں کا عمومی امتحان نہایت غور کے ساتھ کرنا چاہئے۔ اگر ورنی عدوی کا کوئی مرکز موجود نہ ہو، ورنی آنکھ کے مرض کا سبب بھی معلوم نہ ہوتا ہو تو ایسی صورت میں مرض کو ورنی ہی تصور کرنا چاہئے۔

جلدی طریقہ۔ نان پر کی رد عمل۔ ورنی تشخیص کے لئے دوسرا رد عمل بھی کیا جاتا ہے۔ اس میں ورنی کو زیر قطع نہیں کرتے بلکہ جلد میں باریک سطحی شگاف لگاتے ہیں ورنی لگا دیتے ہیں۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ ہاتھ کے اوپر دو مقام پر مذکورہ عمل کرتے ہیں اور ان دونوں مقاموں کے درمیان سطحی شگاف دیکر اس پر مہر پانی لگا دیتے ہیں مگر تینوں شگافوں کو مہر روئی سے ڈھک دیتے ہیں۔ مذکورہ بالا عمل میں صرف بشرہ کے اندر خراش پیدا کی جاتی ہے مگر موز کے طریقہ میں (Moro's method) زمین۔ تندرست و صحیح جلد کے اندر گڑھ لگاتے ہیں۔

نان پر کی مثبت رد عمل نہایت تازہ ورنی عدوی ورنی مریضوں میں ظاہر ہوتا ہے بلکہ ورنی عدوی اور ورنی

شدہ ورنہ قرح کے مضمینوں میں بھی اس کا مثبت ظہور ہوتا ہے جن مقامات پر ورنین لگائی جاتی ہے ۲۴ گھنٹہ کے بعد ان کے وسط کا حصہ پس پر پانی لگایا گیا تھا وہ مرنج نہیں ہوتا مگر دونوں طرف کے وہ مقام جہاں پر ورنین لگائی گئی تھی مرنج ہو جاتے ہیں۔ یہی صورت مثبت کملائی ہو۔ اگر مضمینوں مقامات پر سرخی یکساں ہو تو رد عمل منفی ہوگا۔ جوانوں میں یہ رد عمل عام طور پر مثبت ہوتا ہے ان کو زندگی کے کسی حصے میں ورنہ عدوی ضرور ہو چکا ہوتا ہے لہذا اس کا استعمال صرف بچوں پر کرنا چاہئے۔ مگر ان میں بھی اس عمل سے ورنہ عدوی کے مقام کا پتہ نہیں چل سکتا۔ ورنین کو علا ج زیر حلیہ تیسرے کے ذریعہ استعمال کیا جاتا ہے۔ اس صورت کے لئے ہم ورنین کا رخ یا ورنین جدید کو استعمال کرتے ہیں۔ جو مردہ ورنہ عصا کا مطلب ہوتی ہے۔ اس ورنین کے استعمال میں یہ احتیاط ضروری ہے کہ خوراک اس قدر خفیف ہو کہ مریض کو کسی طرح بخار نہ آنے پائے۔ اسی وجہ سے اس کو نہایت خفیف مقدار سے شروع کرتے ہیں۔ درآہستہ آہستہ بڑھاتے ہیں۔ اگر سبب تھک کے باوجود مریض کو بخار آجائے تو پہلی خوراک کی تیقح دوسری مرتبہ چھری جاتی ہے۔ اگر مقامی رد عمل رونما ہو تو تیقحات کا درمیانی وقفہ زیادہ طویل کر دیا جاتا ہے یا خوراک کو اور کم کر دیتے ہیں۔ پہلی تیقح کے واسطے ۱۰۰۰۰ میں ایک حصہ ۳۰۰۰ میں ایک یا ۲۰۰۰ میں ایک ملی گرام دیتے ہیں اور رفتہ رفتہ بڑھاتے جاتے ہیں۔ کپ ہاسٹل میں ۱۰۰۰۰ ملی گرام سے شروع کرتے ہیں اور ہر چوتھے روز تیقح کرتے ہیں مگر جرمی میں ہر مہفہ ایک مرتبہ انجکشن دیا جاتا ہے۔ اس تیقح کی خوراک کو نہایت آہستہ آہستہ بڑھاتے ہیں۔ یہاں تک کہ وہی گراتھک پنچپا دیتے ہیں۔ لیکن یہاں اس وقت کرتے ہیں جب کہ مریض کو بخار نہ آئے۔ ورنہ تیقحات کے وقفہ کو طویل کرتے ہیں۔ بہر حال ۱۰۰۰ ملی گرام ہر مہینہ کے بعد دیں۔ اور اس کی خوراک کو نہ بڑھائیں۔ تیقحات کی مقدار ورنہ درمیانی وقفہ کا تعین بھی رستہ کیا جاتا ہے۔ بعض صورتوں میں یہ تیقحات منقوت کی جاتی ہیں۔ اگر کامیابی ہو تو مہینہ تک تیقحات کرنے کے بعد مہینہ کے بعد تیقحات کرتے رہتے ہیں۔ بعض مضمینوں میں مشاہدہ کیا گیا ہے کہ ان کے عارضی زخم کو باوجود ورنہ نہ معلوم ہونے کے ورنین سے فائدہ پہنچا ہے۔

دوسرے نوع کے ویکسینی علاج۔ مذکور بالا صورتوں کے علاوہ۔ سوزاکی الہتاب میں ویکسینی علاج کیا جاتا ہے۔ روایات و نسخہ یہ کہ مختلف اقسام کی روایات و نسخہ یہ۔ عصا الفلوانیزا نیز روایات نیمونائی کے واسطے بھی ویکسینی علاج استعمال کیا جاتا ہے مگر خصوصیت کے ساتھ اس کو طریق متبہی کے سوزاکی الہتاب میں

اختیار کیا جاتا ہے۔ علیٰ ہذا قیاس جب مدوی لہتاب لڑکی وجہ سے آنکھ میں چوڑھوتا ہے تو اس صورت میں بھی اس سے استفادہ کرتے ہیں تشخیص کے لئے رد عمل دہانیہ سے مرین پیدا کرنے کے لئے جراثیم کا پتہ لگایا جاتا ہے اور پھر ان کی ویکسین تیار کر کے استعمال کی جاتی ہے۔ ویزین کے علاج کی طرف دیکھنی مدان میں بھی تھپت کی خوراک و ویزین دہانیہ میں تھپت کے اثر کے تحت کیا جاتا ہے اور دہانیہ بھی جاتا ہے کہ تھپت کے بعد رد عمل کیسا نظر ہوگا۔ یا آنکھ کی حالت کیسی رہی۔

دیکھنی ورنہ دیکھنی علاج کے تحت جسم کے اندر ویکسین یا دہانیہ کی تھپت خواہ عمومی عود پر آنکھ کی حالت درست کرنیکی غرض میں یا عمومی مدوی کے خلاف جدوجہد کی غرض سے جیسا کہ جمی موی میں کیا جاتا ہے۔ ہر حال میں بعض اوقات اس سے آنکھ کی گہری ساختوں میں لہتاب شروع ہو جاتا ہے۔ اور کبھی سطحی ساختوں دہانیہ طریقہ مشمی میں بھی لہتاب پیدا ہو جاتا ہے بعض ہرین کا نیاں ہر کہ یہ لہتاب ذکاوت حس کا منظر ہوتا ہے۔ مگر بعض ہرین اس کو کتنی علامتوں کا منظر خیال کرتے ہیں۔

آنکھ کے آتشکی امراض کا علاج۔ آتشکی امراض کے خلاف مزعت پیدا کرنے کا کوئی طریقہ ہنوز معلوم نہیں ہوکا خوش قسمتی سے جیسا کہ بیماریاں بہت سی تھیں مگر کثرت اور پوزین وغیرہ اس مرض کے خلاف جنگ جوں میں کامیاب ثابت ہوئے ہیں آتشک کا علاج تفاعل و امراضیہ کے ثبوت ہونے کے بعد کیا جاتا ہے۔ آتشکی تھپت کے پچھلے منہ میں بھی تفاعل مثبت ہو سکتا ہے مگر عموماً چوتھے ہفتہ میں یقیناً مثبت ہو کر رہتا ہے۔ آتشک کے دوسرے اور تیسرے درجہ کے عوارض کی موجودگی میں بہر حال ہمیشہ مثبت ہوتا ہے۔ مگر زور دار علاج اگر ہو رہا ہو تو کچھ غرض کے واسطے منفی بھی ہو جاتا ہے۔ مگر و امراضیہ تفاعل منفی ہو تو بعض اوقات بیماریاں تھپت یا سلورساں کی تھپت سے اندر نہ مثبت ہو جاتا ہے مذکورہ طریقہ سے ہم منفی مرض کو عیاں کر کے تشخیص کو مستحق کر لیتے ہیں۔ آتشک کے علاوہ بعض امراض مثلاً Yaws، وین اقسام کے میرائی بنجاریز می قرمزی میں بھی و امراضیہ تفاعل مثبت ہوتا ہے۔ اور تشخیص میں اس کی وجہ سے غلطی کا ہونا ممکن ہو جاتا ہے

نظام جسمی کی آتشک میں جب کہ استرخاء عمومی اور دیگر عوارض بعیدہ بھی موجود ہوں۔ اس وقت یقینی طور پر خون کا امتحان و امراضیہ منفی ہونے کے باوجود جب محض شوک کو (تفت ظنی) سے حاصل کیا جائے اور پھر اس کا امتحان کریں تو یہ تفاعل اس میں ہمیشہ مثبت ثابت ہوتا ہے۔ علاوہ ان میں شل محض شوک میں کربات بضرار کا رنگا تر موجود ہوتا ہے

اور اس کے علاوہ اس کے اندر گلیوسین کا رد عمل مثبت ہوا کرتا ہے۔ اس کو ہم نوگوچی کے ہیوٹرک ایسڈ رد عمل کے ذریعہ معلوم کرتے ہیں۔ اس کے اندر مخصوص تبدیلیاں ہوتی ہیں۔ اس کو ہم آتشکی انخار کہتے ہیں جب کہ اس سائل کی مختلف تحقیقات کو لائڈل سونے کے ماتحت کی جائیں۔ مردہ لڑو نہ آتشکی کی زیر جلدی تلیق سے واسرین کے بجائے نوگوچی کا جلدی رد عمل بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔ علاوہ ان کے اس کا رد عمل بھی اس کی تشخیص کے لئے کام میں لایا جاتا ہے۔

سورسوں کی تلیقات: آنکھ کے آتشکی عوارض کے واسطے اس کی خوراک دوسرے عوارض جیساں سے ذر کہ جیونی پائے اور تلیقات کا وہ میانی قلعہ ایک ہفتہ یا آٹھ روزہ ہو۔ نیو سلورسوں لینے سے پہلے مریض کے قلب کا استیج کر لیا اور اس کے پیشاب میں لالی اجزا کی موجودگی کا معائنہ سید ضروری ہے۔ اگر مریض قلبی امراض میں مبتلا ہو یا اس کے پیشاب میں اجسام ہضیر خارج ہوتے ہوں تو تلیق کرنے سے پہلے خوب غور و خوض کر لینا چاہئے ورنہ شدید نقصان پہنچے گا اندیشہ ہوتا ہے۔ سلورسان کی تلیق کے پہلے روز مسهل دیکر معالج کو صاف کر لیں، اور اس کے بعد دو روز تک ہلکی اور زود زود غذاں دیں۔ اگر عصبی آتشک میں سلورسان کا دینا وریدی تلیقات کے ذریعہ ناکام ثابت ہو تو اس کے ساتھ ہستہ کی تلیقات شروع کر دیں یا سائل مخنی شوکی کو خارج کرنے کے بعد اس کے اندر اس کے خفیف محلول کی تلیق کی جائے آنکھ کے بعض ورنی عوارض میں بھی نیو سلورسان کی تلیقات سے فائدہ پہونچتا ہے۔

عمومی علاج کے دوسرے طریقے: عددی کے خلاف ایک عمومی طریقہ علاج یہ بھی ہے کہ عمومی استحالہ جسم کے اندر بہترین معیار پر ہو اس کے نظام ہضم کو درست کریں۔ بے نالی کی رطوبات باطن کو جمعی حالت پر لائیں۔ دوران خون کو بہتر بنائیں حتیٰ اور خرقہ کی اعمال کی اصلاح کریں۔ تغذیہ درست کرنے والے اعصاب کے تناؤ کو درست کریں۔ آنکھ کے اکثر امراض میں مذکورہ بالا امور میں سے سب کے سب یا ان میں سے بعض کی طرف خاص توجہ کی ضرورت ہے۔

فصلی استہاب قرنیہ میں غده جاذہ الدر قیہ کے خلاصہ کا استعمال خاص طور پر مفید ہوتا ہے۔ علیٰ ہذا القیاس یہ خلاصہ در قریہ جوازش میں بھی مفید ہے کیلول خفیف مقدار میں کبھی کبھی استعمال کرنا خصوصیت کے ساتھ شری التهاب ملتحمہ میں اس کی خوراک منفذ طارنا اور التهاب طریق ہر ہر شیمی میں عرصہ تک یو ڈین کا استعمال تاکہ زجاجی اور دوسرے صحابی مواد جذب ہو جائیں مصلحتے انمال کی جڑی میں سکھیا کا استعمال یہ مذکورہ امور بہترین نتائج پیدا کرتے ہیں۔ قرنیہ کے زخم کے بدلہ نہ بدل نہ ہوئی صورت میں کہیں اور حیاتیات کا استعمال اور التهاب ملتحمہ شری میں محلی کاتیل استعمال کرنا مفید ثابت ہوتا ہے۔

شرکی التهاب چشم اور شرکی خراش

(Sympathetic ophthalmitis—and sympathetic irritation)

شرکی التهاب چشم۔ ایک آنکھ کے طریق بدنی میں التهاب پیدا ہونے کے بعد
دوسری آنکھ کے طریق بدنی کے التهاب کا پیدا ہونا

اور

اُس سے متعلق شرکی خراش

جب ایک آنکھ کی ضد کے نتیجے میں دوسری آنکھ کے اندر بھی التهاب بدنی یعنی شروع ہو جائے تو اس کو
شرکی التهاب چشم کے نام سے موسوم کرتے ہیں۔ بعض اوقات یہ التهاب بغیر کسی ضد کے بھی شروع ہو سکتا ہے
جس کا ذکر بعد میں کیا جائے گا۔

عام الفاظ میں شرکی التهاب کو ہم یوں بیان کر سکتے ہیں کہ یہ ایک آنکھ کے طریق بدنی کا کون سا
بہہ جس میں غلبہ جسم بدنی اور شیمیہ سببوں میں التهابی حالت پائی جاتی ہے۔ وجہ اس کی یہ ہوتی ہے کہ اس
سے پہلے پہلی آنکھ میں چوٹ کی وجہ سے طریق بدنی کا التهاب شروع ہو چکا ہوتا ہے۔ یہ ضد ہو جائے
دخیز یا پریشانی ہوتی ہے۔ یا مقلدین میں کسی دوسری وجہ سے سوناخ ہو جانے کی بنا پر طریق بدنی کا التهاب شروع
ہو جاتا ہے۔ شذوٹا اور حالتوں میں شرکی التهاب چشم صرف التهاب عصب بصریہ، التهاب شیمیہ کی صورت
اختیار کرتا ہے۔

صدیدی التهاب طریق بدنی یا التهاب کل العین Pan ophthalmitis میں دوسری آنکھ کے

نہ کہ کوئی یا صدیقی التهاب شریک ملو۔ پر نہیں پیدا ہوتا۔ اس کے علاوہ آنکھ کے اندر شریک موتیا بند شریک التهاب
مثلاً ایسا شریک کی طور پر دوسری آنکھ کے چشمیہ کا اپنی جگہ سے اکٹھا بنانا، شریک التهاب قرنیہ، شریک التهاب صلبیہ
وغیرہ نہیں پائے جاتے۔

شریک التهاب کی اصطلاح قدیم اصطلاح ہے جس کو اب تک استعمال کیا جاتا ہے۔ اگر آجکل اس نام کو
رکھنا چاہتے تو اس اصطلاح کے مقرر کرنے کی نوبت نہ آتی۔

جب تک ایک آنکھ میں طریق بدنی کا التهاب موجود نہ ہو اس وقت تک دوسری آنکھ میں طریق بدنی
کا شریک التهاب شروع نہیں ہو سکتا۔ اگر کوئی جراحت و خزیہ ایسی ہو کہ اس کی وجہ سے پہلی آنکھ میں طریق بدنی
کا التهاب نہ پیدا ہو تو دوسری آنکھ میں شریک التهاب چشم بھی نہ پیدا ہوگا۔

یہ امر بھی یاد رکھنے کے قابل ہے کہ مذکورہ تمام کے بعد مضروب یا مجروح آنکھ میں اگر طریق بدنی کا
التهاب پیدا ہو تو یہ ضروری نہیں کہ دوسری آنکھ میں شریک التهاب پیدا ہی ہو جائے۔

جس آنکھ میں ایسی جراحت و خزیہ ہوتی ہے اس کو ہم ”محرك آنکھ“ (Exciting eye) کہتے ہیں،
اور دوسری آنکھ جس کے اندر التهاب بدنی پہلی آنکھ کے اندر التهاب بدنی کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے اس کو
”مشرك آنکھ“ (Sympathising eye) کہتے ہیں بعض اوقات ان کو ”مضروب آنکھ“ اور اس کے
ساتھ شریک کرنے والی آنکھ بھی کہتے ہیں۔ اس کے علاوہ کئی بعد دیگر سے ترتیب کے ساتھ پہلی آنکھ اور دوسری
آنکھ بھی کہا جاتا ہے۔

گو کہ شریک التهاب ”انعکاسی التهاب“ نہیں ہے تاہم اس کے کٹے (Sympathetic irritation)
تھری خراش کی اصطلاح استعمال کی جاتی ہے۔ جو کہ دراصل عصب غامس کی انعکاسی حالت کا نام ہے، مذکورہ
دونوں امراض گرچہ ایک دوسرے سے بہت مشابہ ہوتے ہیں لیکن دونوں علیحدہ علیحدہ نوعیت رکھتے ہیں۔

شریک خراش۔ یہ حالت ہر اس کیفیت سے پیدا ہو سکتی ہے جو کہ پہلی آنکھ کے اندر بدنی اعصاب میں
خراش پیدا کرنے والی ہو جیسا کہ قرنیہ کے اندر یا بالائی جنین کے نیچے اجسام غریبہ کی موجودگی۔ قرنیہ لبشرہ
کا نزع ہو جانا۔ مقدم انتقال قرنیہ، عارضہ رقی الم، التهاب غنہ، اور قطع عدسہ وغیرہ۔

دوسری آنکھ کے اندر شرکی خراش کی علاماتیں سب ذیل ہوتی ہیں۔

چوند، آنکھ سے پانی بننا، آنکھ سے مقدمہ حصہ میں دھوی امتقان کے نشانات، صحت کو بڑھانے کی کوششوں کے باوجود اگر شدید ہوں تو مرنے کے سے بہت زیادہ تکلیف دہ ہوتی ہیں۔ بخار اور عا جب تک یہی درد شبکیہ کے اندر مرنے کی بھی بھی رہتی ہوتی ہے۔

شرکی خراش کے متعدد اسباب میں سے ایک وہ حالت بھی ہے جس میں بھیجی ہوئی آنکھ کے اندر شرک موجود ہو۔ خواہ یہ طریق بدنی کے متباب کا نتیجہ ہو یا خود کسی جراثیم سے پیدا ہو یا یہ صحت بدنی کے کسی ایسے امراض کا نتیجہ ہو جس کا کوئی سبب نہ معلوم ہو سکے۔ مذکورہ قسم کی بھیجی ہوئی آنکھ (مقدمہ چشم) جس میں خراش موجود ہو ممکن ہے کہ کسی وقت دوسری آنکھ میں شرکی خراش پیدا کر دے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ یہ خراش کئی سال کے بعد رونما ہو۔ مدت دراز تک قلموش رہنے کے بعد یہی بھیجی ہوئی آنکھ سے پانی بننا شروع ہوتا ہے، چھوٹے سے درد ہوتا ہے اور سرخ ہو جاتی ہے۔

مکن ہے کہ بھیجی ہوئی آنکھ میں کوئی تازہ چوٹ لگ جائے، اور یہ بھی ممکن ہے اس کے مشیمیہ کے اندر ایکس رونا ہو جب خواہ اس خراش کا سبب کچھ بھی ہو لیکن دوسری اچھی آنکھ میں بھی یہ حالت منتقل ہو جاتی ہو۔ بھیجی ہوئی آنکھ کی وجہ سے شرکی التهاب چشم کا پیدا ہونا کثر ممکن ہے بالخصوص جب کہ اس میں متباب طریق بدنی موجود ہو لہذا اس حالت میں مندرجہ ذیل سوالات بہت اہمیت رکھتے ہیں۔

(۱) ان حالات میں شرکی التهاب چشم سے شرکی خراش کا کیا تعلق ہے؟

(۲) کیا اس شرکی خراش کو شرکی التهاب چشم کی قابل اعتبار اور ضروری علامت سمجھا جاسکتا ہے؟

اس کا جواب صرف منفی ہے۔

مکن ہے کہ شرکی خراش غرضہ دراز تک قائم رہے اور اس کے باوجود شرکی التهاب چشم نہ پیدا ہو اس کے علاوہ اس امر کا بھی امکان ہے کہ شرکی خراش کی بعض علاماتیں شرکی التهاب چشم سے پہلے ظاہر ہوں اور اکثر حالات میں علامات بالکل غائب بھی ہوتی ہیں۔ لہذا حفظاً مقدمہ کی تدابیر سے بچتے ہوئے مرنے کے اخراج کو اس وقت تک ملتوی کر دیں جب تک کہ شرکی خراش نمایاں نہ ہو تو بخار یا یہ مرنے کی وجہ کی

بنا پر بالکل غلط ہو گا۔

علاج۔ اگر ایک آنکھ میں شرکی خراش دوسری میٹھی ہونی آنکھ کی خراش کی وجہ سے پیدا ہو تو میٹھی دہنی آنکھ کے بقیہ حصہ کو فوراً الگ کر دینے سے اس خراش میں سکون ہو جاتا ہے۔ اندھیرے گھر سے میں مریض کو آرام کروانا۔ اور سکناات کا استعمال اگرچہ بظاہر مفید معلوم ہوتے ہیں مگر آخر میں دیوس کن ثابت ہوتے ہیں۔ کیونکہ شب آنکھ سے کام بیا جائے تو خراش کی علامتیں دوبارہ نمایاں ہو جاتی ہیں۔ علاوہ اس کے چونکہ شرکی خراش اکثر شرکی التهاب سے پہلے رونما نہیں ہوتی لہذا دوسری خراب آنکھ کو نکال دینا ہی بہتر ہے تاہم چھٹی آنکھ محفوظ رکھی جاسکے۔

شرکی التهاب چشم کی تشخیص۔ متارک آنکھ کے التهاب طریق ہدہی میں کوئی تین خصوصیت میں پائی جاتی ہیں جس سے تشخیص میں مدد مل سکے۔ شرکی التهاب چشم میں طریق ہدہی کے التهاب کی وہی کون یا سبب ثابت پائی جاتی ہے جو کہ دوسری صورتوں میں دیکھی جاتی ہے۔ اس کے علاوہ پہلی آنکھ کی حالت اتنی سی نہیں ہوتی کہ اس کو ہم اپنی تشخیص میں رہنما بنائیں۔ صحیح تشخیص کے لئے مندرجہ ذیل امور کو مدنظر رکھیں اور ان سب کو مجموعی حیثیت سے دیکھ کر فیصلہ کرنا ضروری ہے۔

- ۱۔ محرک آنکھ کی حالت اور اس کو صدمہ پہنچنے کی نوعیت یا اس کے مریض کا پوری طرح سمجھنا۔
- ۲۔ مشارک آنکھ کی حالت۔

۳۔ وہ دفعہ جو کہ پہلی آنکھ میں چوٹ لگنے اور مشارک آنکھ میں شرکی التهاب طریق ہدہی کے پیدا ہونے میں صرف ہوا۔

۴۔ جسم کی عام حالت۔

(۱) محرک آنکھ کی حالت۔ ہم پہلے بیان کر چکے ہیں کہ جن جروح و خزیہ میں آنکھ کے اندر کوئی جسم غریب چھب جاتا ہے یا جن زخموں میں طریق ہدہی کی کیمیائی مایوت ہو جاتا ہے۔ اور جن کے بعد کون التهاب طریق ہدہی نشی پیدا ہوتا ہے۔ یہ سب دوسری آنکھ میں شرکی التهاب پیدا کرتے ہیں۔ اگر جسم ہدہی غشیو یا صرف مدنی زخم کے اندر رہا ہے تو دوسری آنکھ میں شرکی التهاب کا خطرہ بہت زیادہ بڑھ جاتا ہے

یہی وجہ ہے کہ جن جراحت میں ضرب کا مقدمہ بدنی حصہ میں پیش نہ آتا ہے ان کے بے بشر کی تہاب دوسری آنکھ میں ضرور پیدا ہوتا ہے۔ اور مشاہدہ اس کی تصدیق کرتا ہے۔

قرنیہ کے اندر سورج گرد سینہ والی جراثیم میں بھی دوسری آنکھ کے اندر شر کی تہاب پیدا ہو سکتی ہے۔ مضر وہ آنکھ کے اندر طریق بدنی دھیمی کا تہاب ان جراثیم کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے جو کہ جسم غریب سے لگے رہتے ہیں۔ لیکن جو کہ یہ جراثیم آپریشن کر کے واسے نشتر سے آنکھ کے اندر پہنچیں۔ اور اس امر کا بھی امکان ہے کہ سطح چشم سے غریب جسم کے ساتھ آنکھ کے اندر جراثیم داخل ہو جائیں۔ یہ دونوں چشم سے نشتر کے ذریعہ پریشیم داخل ہو کر یہ التہاب پیدا کریں۔ اس قسم کے زخموں سے مدد دہی یا کون تہاب طریق بدنی و مہشی شروع ہو سکتا ہے۔

طریق بدنی و مہشی کا مدد دہی تہاب گریبت شدید قسم کا نہ ہو تو اس کے بعد کثر دوسری آنکھ کا ترک التہاب شروع ہو جاتا ہے۔ اور عجیب بات مشاہدہ میں یہ آتی ہے کہ اگر طریق بدنی و مہشی کا شدید مدد دہی التہاب یعنی التہاب کل اعین اس زخم کی وجہ سے پیدا ہو تو اس کے بعد نتیجہ کے طور پر دوسری آنکھ کا شر کی تہاب کبھی نہیں پیدا ہوتا۔ لہذا ظاہر ہے کہ مدد دہی جراثیم اس التہاب کو پیدا کر کے اسے نہیں دیتے۔ ورنہ شر کی التہاب کو بھی مدد دہی ہونا چاہئے تھا۔ قرن قیاس امر یہ ہے کہ اس التہاب کو پیدا کر کے اسے جراثیم نوری حیثیت رکھتے ہیں یعنی کسی خاص قسم کے دوسرے جراثیم اس التہاب کو پیدا کرتے ہیں۔

اگر مخرج آنکھ میں مدد دہی عددی ہو تو ضرب یا زخم کے بعد ۲۴ گھنٹہ کے اندر یہ التہاب پیدا ہو جاتا ہے۔ اگر طریق بدنی کا کون یا مصلی التہاب جس کا تعلق دوسری آنکھ کے شر کی التہاب سے بہت سمیت رکھتا ہے۔ جو ممکن ہے کہ نوعی جراثیم سے پیدا ہوتا ہو یہ مضر وہ یا مخرج آنکھ میں نہایت آہستہ آہستہ اور دیر میں ظاہر ہوتا ہے۔

مؤخر الذکر عددی یا خراش کی صورت میں تعدی یا خراش دونوں ضرب یا زخم کا بعد واسطہ نتیجہ ہوتی ہیں اور چند روز میں ختم ہو جاتی ہیں۔ لیکن جلد ہی ان کا دوبارہ اعادہ ہوتا ہے۔ اس وقت حد تک اعین اثر بدنی کے اثر سے کم پھیلتا ہے۔ عنبیہ کی غلیظ نسجیں صاف نہیں دکھائی دیتیں، قرنیہ کی مخرج سطح پر سوئی نقاط

ظاہر ہوتے ہیں جنبیہ اور غلاف عدسی کے درمیان اصطاقات پیدا ہو جاتے ہیں زجاجیہ میں غیر شفاف سماجی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ شروع شروع میں درد خفیف ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا لیکن ہے کہ یہ درد خود بخود ہو یا دبا سے پراس کا احساس ہو۔ اس درجہ میں علاج سے بہت زیادہ فائدہ پہنچنے کا امکان ہے، لیکن جلد یا دیر میں مریض کا مادہ پھر ہو جاتا ہے۔ جنبیہ کے موخر اصطاقات اور زیادہ بڑھ جاتے ہیں غلیظ نسجیں اور ان کا رنگ بھی خراب ہو جاتا ہے اور جنبیہ کی صفائی میں فرق آ جاتا ہے۔ نئی آنکھ داسے افراد میں جنبیہ کا رنگ سبزی، تل یا زردی مائل ہو جاتا ہے، اس کے علاوہ خاکستری بھی ہو سکتا ہے۔ مدد عین بند یا غائب ہو جاتا ہے۔ خزانہ مقدم کی گہرائی طبعی حالت سے کم ہو جاتی ہے۔ تو ترعین بھی کم ہو جاتا ہے۔ مدد عین کے اندر ترشحات اور زجاجیہ کے اندر سماجی کیفیت کی وجہ سے مینائی بہت کمزور ہو جاتی ہے۔ جب الہتہانی اجزاء سکڑتے ہیں تو شکیکیہ اپنی جگہ سے اکھڑ جاتا ہے۔ اُس وقت تو ترعین نمایاں طور پر کم ہو جاتا ہے۔ آنکھ کو دبا سے پردرد ہوتا ہے اور آنکھ کا حجم طبعی حالت سے بہت جلد کم ہوتا شروع ہو جاتا ہے۔ آنکھ دبانے پر نرم معلوم ہوتی ہے اس نرم آنکھ پر عضلات چشم کا دباؤ پڑنے کی وجہ سے گہرے گڑھے پڑ جاتے ہیں۔ گویا کہ مضروب یا مجروح آنکھ اب بیٹھ جاتی ہے اور مینائی ختم ہو جاتی ہے۔ لیکن ہے کہ مذکورہ تمام مراح کے طے ہونے میں ۳ یا ۴ ہفتے لگیں، یا اس سے بھی زیادہ وقت میں ان تمام مادی تغیرات کی تکمیل ہو۔

مضروب آنکھ کے اندر طریق ہدیی و شیمی کا مکون التهاب شروع ہونے سے دوسری آنکھ میں شکر کی التهاب کا خطرہ بڑھ جاتا ہے اس کے باوجود دوسری آنکھ کے اندر التهاب پیدا ہونے میں دیر لگتی ہے۔ اور یہ خطرہ اُس وقت تک قائم رہتا ہے جب تک مضروب آنکھ کے اندر عاد حالت باقی رہے۔ بلکہ اس کے رائل ہونے کے بعد بھی یہ خطرہ باقی رہا کرتا ہے۔ یہاں تک کہ آنکھ کے بیٹھ جانے کے برسوں بعد تک اس سے اطمینان نہیں حاصل ہوتا۔

بیشکی ہوئی آنکھ ممکن ہے کہ التهاب شکر کی کا سبب ہو ایسی آنکھوں کے بدنی مقام کو دبا سے درد ہونا ہے جس کا مطلب یہ ہے کہ اس آنکھ کے جسم بدنی کے اندر التهاب موجود ہے۔ اور یہ حالت زبردست خطرہ کی خبر دیتی ہے۔ اسی کے ساتھ یہ بھی یاد رکھنا چاہیے کہ ایسی آنکھ کو دبا سے پردرد کا نہ ہونا اس امر کی دلیل

نہیں ہے کہ اس آنکھ میں التهاب طریق ہدنی موجود نہیں ہے۔ کیونکہ اس امکا مکان سے کہ التهاب ہدنی بعد
خفیف موجود رہے کہ جو فی نفسہ ایک خطرناک حالت ہو۔ اور یہ بھی ممکن ہے کہ صلبیت سے اس صفت پر
جسم ہدنی جہاں کہ یہ لگا ہوتا ہے بالکل الگ ہو جائے اور دباؤ کا اثر جسم ہدنی تک بالکل نہ پہنچے جس کی
وجہ سے درد بھی محسوس نہ ہو۔

اگر کسی آنکھ کے اندر کوئی جسم غریب داخل ہو جائے اور اس کے اندر تعالٰیٰ التهاب پیدا کر دے تو
کوئی ضروری نہیں کہ اس کی وجہ سے دوسری آنکھ میں شکر کی التهاب پیدا ہو جائے۔ کیونکہ ایسا ہو سکتا ہے
کہ ایک مظهر جسم آنکھ کے اندر پہنچ کر عادۃً التهاب پیدا کر دے اور چونکہ یہ جراثیمی توٹ سے پاک ہے، لہذا
اس کی وجہ سے دوسری آنکھ میں شکر کی التهاب پیدا نہ ہو۔ مگر ایسے غریب اجسام شاذ و نادر ہی ہوتے ہیں،
جن کے متعلق ہم کہہ سکیں کہ وہ مظهر اور جراثیم سے پاک و صاف تھے۔ لہذا قاعدہ کلیہ کے طور پر ہم کہہ سکتے
ہیں کہ آنکھ کے اندر غریب اجسام کا پایا جانا چھیدنے والے زخم کے ساتھ خطرات کو بڑھاتا ہے۔

حوادث کے طور پر آنکھ پر جراحت و خزیہ کا پہنچنا اور غریب اجسام کا اس کے اندر داخل ہونا، یا جرحی
اعمال کے سلسلہ میں قرنیہ یا صلبیہ کے اندر زخم کا پیدا کرنا یا مخصوص وہ زخم جو کہ موتیا بند کے اعمال جرحیہ کے
سلسلے میں بنایا جاتا ہے، ان سبوں کے بعد طریق ہدنی و شیمی کے التهاب کا امکان ہے۔ اور اس کی وجہ سے
دوسری آنکھ میں شکر کی التهاب کا شروع ہونا بھی ممکن ہے۔ موجود زمانہ میں چونکہ کامل تطہیر ممکن ہے ورمعاج
اس پر پوری طرح عمل کرتا ہے، لہذا اعمال جرحیہ کے بعد التهابی عایتیں باعتبار زمانہ سابق کے بہت کم دیکھنے
میں آتی ہیں۔

قروی قروح کی وجہ سے قرنیہ کے اندر سوراخ ہو جاتے ہیں جن کی وجہ سے جن وقت طریق ہدنی
و شیمی کا التهاب شروع ہو جاتا ہے اور اس کے بعد دوسری آنکھ میں شکر کی التهاب کا پیدا ہونا ممکن ہوتا ہے
مگر ایسا بہت کم ہوا کرتا ہے تاہم ہر قروی قرح کے ساتھ کم و بیش التهاب عینیہ ضرور ہوتا ہے۔ بالخصوص ان
قروح میں جن کے اندر سوراخ ہو جاتے۔

اب ایک اہم سوال یہ باقی رہتا ہے کہ اگر ایک آنکھ کے اندر کون التهاب جسم ہدنی و شیمی بغیر کسی

جمید سنے داسے زخم کے پیدا ہو : کسی قزوئی قمرہ کے اندر سوراخ ہو جانے سے اس کی ابتدا ہو جائے تو یہ
الہاب دوسری آنکھ میں شرکی الہاب پیدا کر سکتا ہے یا نہیں ؟ اور کس حد تک دوسری آنکھ میں مذکور
الہاب پیدا ہو سکتا ہے ۔

آنکھ کے اندرونی سلعات جو کہ صلبیہ میں "سوراخ کر کے باہر نہ نکلیں خاصکر طبقہ مشیمیہ کا" سلعہ نجمیہ خبیثہ
کہہ طریق بدنی کا الہاب پیدا کر دیتے ہیں جس کی وجہ سے دوسری آنکھ میں شرکی الہاب شروع ہو سکتا ہے
اور ان سلعات میں اکثر نکروزی حالت شروع ہو جاتی ہے ۔

مقلد عین کا چوٹ لگنے کی وجہ سے پھٹ جانا ۔ جو کہ اکثر بدنی مقام پر ہوا کرتا ہے اس کے ساتھ مقلد
نہیں پھٹتا ، دوسرے الفاظ میں اس کا مطلب یہ ہوا کہ زیر مقلد عین کا پھٹنا بعض اوقات مشاہدہ میں آتا ہے
اکثر اس حالت میں آنکھ کے اندر الہاب بالکل نہیں پیدا ہوتا اور نہ خراش رونما ہوتی ہے ، کیونکہ مقلد عین
پر مقلد بالکل صحیح و سالم رہتا ہے جس کی وجہ سے جراثیم آنکھ کے اندر داخل نہیں ہو پتے ۔ اسی لئے ہم کہہ سکتے
ہیں کہ ایسے حادثہ سے آنکھ کے اندر شرکی الہاب نہیں پیدا ہوتا ۔ ان حالتوں میں شاذ و نادر طور پر ایب بھی
دیکھا گیا ہے کہ مقلد آنکھ میں طریق بدنی و شیمی کا الہاب شروع ہوا اور اس کے بعد دوسری آنکھ میں
شرکی الہاب بھی پیدا ہو گیا ۔ لیکن اس کی وجہ ہمارے خیال میں یہ ہے کہ ان مریضوں کی آنکھ میں چوٹ کی وجہ
سے مقلد کے اندر خفیف تفرق اتصال ضرور ہو جاتا ہے جس کے راستے سے جراثیم آنکھ کے اندر داخل ہو جاتے
ہیں اور بالآخر یہ الہابی حالت پیدا کر دیتے ہیں ۔

سوزاکی الہاب مقلد میں بھی شرکی الہاب پیدا ہوتے دیکھا گیا ہے ۔ مگر ان مریضوں کی آنکھ میں سوزاکی
الہاب کے ساتھ قزوئی قروح بھی موجود تھے جن میں سوراخ ہو گیا تھا لہذا ان صورتوں میں آنکھ کے اندر سوزاکی
جراثیم کے علاوہ دوسرے جراثیم بھی داخل ہو گئے ہونگے ۔

(۲) مشارک آنکھ کی حالت ۔ مرضی کیفیت سوا سے ہندوستانی صورتوں کے جیسا کہ ہم
پہلے بیان کر چکے ہیں مشارک آنکھ میں ہمیشہ طریق بدنی و شیمی کے مکون الہاب کی صورت اختیار کرتی ہے
مگر یہ الہاب صدیدی کبھی نہیں ہوتا ۔ اور ہمیشہ اس کی ابتدا طریق بدنی و شیمی سے ہوتی ہے یا یہ بھی کہ

جاسکتا ہے کہ امتحان کے وقت سب سے پہلے یہ التہاب نظر آتا ہے۔

جن مستثنیٰ صورتوں کا ہم نے ذکر کیا ہے ان میں سب سے پہلے التہاب عصب ہائے دو طرفہ یعنی شریان ہوتا ہے اور یہ شرکی التہاب کی پہلی علامت ہوتی ہے۔ طریق بدنی ویشی کا التہاب اس کے بعد سراں ہوتا ہے۔ شاذ و نادر یہ بھی دیکھ لیا گیا ہے کہ اس شرکی التہاب کی صرف ایک دروازہ در سے التہاب عصب ہائے دو طرفہ اور طریق بدنی ویشی بالکل صاف وغیرہ وقت ہوتا ہے۔ بعض مہینے کا یہ بھی خیال ہے کہ شرکی التہاب کی پہلی علامت التہاب قرص بصری اسی وقت سمجھا جاسکتا ہے جبکہ ہم زجاجیہ کے اندر بخانی کیفیت کے برعکس ہے۔ در حد کے اندر ترشحات کی وجہ سے روشنی کے راستے میں رکاوٹ پیدا ہونے سے پہلے اس کا محاسبہ کریں۔ قرص بصری کا التہاب جو شرکی التہاب والی آنکھوں میں دیکھا جاتا ہے وہ حقیقتاً قرص بصری کا نقص ہوتا ہے جس میں قرص بصری زیادہ متورم نہیں ہوتی مگر اس کے کمرے پر دھنکی ہوتی۔ دنی کے جگہ گھرے کا ایسا رنگ دکھائی دیتا ہے۔ اور یہ سماجی کیفیت اس کے چاروں طرف شبکیہ میں بھی کچھ درجہ تک پھیلی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔ وریدیں ٹیڑھی ہو جاتی ہیں اور شرائین طبعی حالت میں ملتی ہیں، بنیانی بڑی حد تک خراب ہو جاتی ہیں اور اکثر شدید قسم کا درد ہوتا ہے۔ اگر صرف التہاب قرص بصری موجود ہو اور دوسری علامتیں بالکل خالی بائیں تو بھی آنکھ کو نکال دینا چاہئے۔ کچھ دنوں کے بعد التہاب عصب ہائے دو طرفہ کی کیفیت پر اس کا بہتر اثر نمایاں ہو جاتا ہے۔

دوسری آنکھ میں شرکی التہاب کی علامات مندرجہ میں سے کوئی قابل اعتبار نہیں کہ جس کی بنا پر ہم یہ کہہ سکیں کہ التہاب طریق بدنی ویشی شروع ہو گیا ہے۔ یہ بیان کیا جا چکا ہے کہ اکثر مریضوں میں شرکی التہاب شروع ہونے سے پہلے شروع ہو جاتی ہے مگر یہ ضروری نہیں کہ ہمیشہ ایسا ہی ہو۔ اور یہ ضروری ہے کہ شرکی التہاب پیدا ہو تو اس کے بعد طریق بدنی ویشی کا شرکی التہاب شروع ہو جائے۔ آنکھ کے اندر طریق بدنی ویشی کا التہاب شروع ہونے کی ابتدائی علامتیں مندرجہ ذیل ہیں۔

قرنیہ کی نوخر سطح پر رسوبی نقاط کا ظہور۔ اکثر و بیشتر یہ سب سے پہلی علامت ہوتی ہے۔

قرنیہ کے چاروں طرف خفیف اتقان دموی

خزانہ مقدم میں خفیف گندلا پن۔

عنبیہ کے سطحی نقشہ کے رنگ اور اس کی صفائی میں فرق۔

مدتہ میں کا انقباض۔ گرا بھی تک مؤخرالصاقات نہیں پیدا ہوتے۔

زجاجہ میں خفیف سجابی حالت دکھائی دیتی ہے جس کی وجہ سے کبھی بنیائی پر خراب اثر پڑتا ہے۔

اس کے بعد ہی بہت جلد الصاقات پیدا ہونا شروع ہو جاتے ہیں۔ شدید حالتوں میں یہ الصاقات نہ صرف

مدتی کنارے و رعدت مدسی کے درمیان پیدا ہوتے ہیں بلکہ تھوڑی دیر کے بعد عنبیہ کی تمام مؤخر سطح غلاف

مدسی سے متعلق ہو جاتی ہے جس طرح سے یہ الصاقات پیدا ہوتے ہیں وہ عنبیہ کو آگے کی طرف دھکیں دیتا

ہے جس کی وجہ سے خزانہ مقدم کی گہرائی کم ہو جاتی ہے۔ بالآخر جب فائبرین (لیفین) کی وجہ سے یہ طرح

سکڑنا شروع ہوتا ہے تو عنبیہ کے پیچھے ہٹ جانے کی وجہ سے خزانہ مقدم محلی حصہ میں گہرا ہو جاتا ہے۔

عنبیہ میں زیادہ تبدیلیاں رونما ہوتی ہیں اس کا نقشہ زیادہ بعد اذ میل ہو جاتا ہے اور صاف معلوم نہیں ہوتا

اس کے اندر بڑے عروق دموئی نمایاں ہو جاتے ہیں بعض اوقات خزانہ مقدم میں کاذب ارتشاح صدیدی بھی

دیکھا جاتا ہے جو اس فائبرین کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے جو کہ خزانہ مقدم میں تیر رہی ہو جس کا کچھ حصہ تنچے بیٹھ

جاتا ہے۔

اس حالت میں تو ترمیم بڑھ جاتا ہے اور اکثر اس میں بہت زیادتی ہو جاتی ہے کیونکہ خزانہ مقدم کا زاویہ

انتہائی ترشحات کی وجہ سے بند ہو جاتا ہے۔ یہ زرق المائی حالت بعض اوقات بہت تکلیف دہ ثابت ہوتی

ہے۔ اور بہت زیادہ الصاقات کی وجہ سے "ایسیرین" اور "پلیوکارپین" کا ڈالنا بے سود ثابت ہوتا ہے

اس حالت میں قطع عنبیہ کا عمل انجام دینے کے لئے معالج بہت بے قرار ہوتا ہے۔ لہذا یہ بتا دینا ضروری ہے

کہ اگر ان حالات میں قطع عنبیہ کا عمل انجام دیا جائے تو کوئی اور غلطی اس سے زیادہ اہم نہ ہوگی کیونکہ اس وقت قطع

عنبیہ سے بجائے فائدے کے نقصان پہنچتا ہے۔

یعنی الصاقات اور عنبیہ کی نیچوں کے خراب ہونے کی وجہ سے ممکن ہی نہیں کہ اس صورت میں تشفی

بخش طریقتہ پر قطع عنبیہ کا عمل انجام دیا جائے۔ اگر اس عمل سے تو ترمیم ایک روز کے واسطے کم بھی ہو جائے

تو بھی یہ کچھ مفید نہ ہوگا کیونکہ دورہ زکام بعد چوتھیں تیرہ بجایا جس کی وجہ سے یہ بہت بڑا عیب ہے۔ اس کے بعد ہر
ترشحات جمع ہو کر پھر اس کو بند کر دیں گے۔ درمحل جرجی کا صدمہ انتہا میں مہینہ کا کام دیکھو۔

اس کے بعد کے علاج میں آہستہ آہستہ قریب غیر شفاف ہو جاتا ہے۔ کیونکہ اس کی موخر سطح پر رسوبی نقاط
کی وجہ سے یہ سہابی کیفیت آہستہ آہستہ زیادہ ہوتی جاتی ہے۔ جو کہ بالآخر اس کو غیر شفاف بنا دیتی ہے۔ عرصہ
کے اندر موتیا بند کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ کچھ دیر کے بعد تو ترشحات کی زیادتی کم ہو جاتی ہے۔ درہستہ ہستہ
زجاجیہ کے سکرٹس کی وجہ سے تو ترشحات طبعی حالت سے گونا گونا گونہ ہو جاتا ہے۔ بھارت جو پہلے ہی سے خراب
ہو چکی ہے اب اور بھی خراب ہو جاتی ہے مقلہ میں طبعی حجم سے چھوٹا ہو جاتا ہے اور دبا سنے نرم معلوم ہوتا
ہے۔ اس کے بعد مقلہ میں بیٹھ جاتا ہے اور آنکھ بالکل اندھی ہو جاتی ہے ان تمام علاج کے سٹے ہونے میں
ممکن ہے کہ بہت زیادہ وقت لگے جیسا کہ بعض اوقات مہینوں لگ سکتے ہیں۔ یہ بھی ممکن ہے کہ آنکھ کی حالت
کچھ بہتر ہو جائے اور کچھ دنوں کے بعد دوبارہ مرض کا اعادہ ہو بہر صورت نتیجہ یہی ہوتا ہے کہ آنکھ خراب ہو جاتی ہے
شاذ و نادر صورتوں میں طریق ہدییٰ کا شرکی الہاب شدید درد۔ طمخہ کے نیچے شدید خفقان و موی کی
وجہ سے ارتفاع طمخہ ۱ جفان کے درم کے ساتھ شروع ہوتا ہے اور بہت جلد آنکھ بیٹھ جاتی ہے۔

علاوہ ازیں ایسے مرضی حالات بھی مشاہدہ کئے جاتے ہیں جن میں مرض کی شدت کم ہوتی ہے ان میں
موخرالصفاقات مکمل طور پر نہیں پیدا ہوتے صرف حدقی کنارہ ملصق ہو جاتا ہے ان حالات میں ممکن ہے کہ
مرض نسبتاً خفیف رہے۔

مذکورہ بالا حالات سے کم شدید حالت وہ دیکھی جاتی ہے جس میں صرف ذیل کی علامتیں پائی جاتی ہیں۔
۱۱) قرنئیہ کی موخر سطح پر رسوبی نقاط۔

۱۲) خزانہ مقدم کی گہرائی زیادہ ہو جاتی ہے۔ مگر انتہا عنبیہ بالکل غائب ہوتا ہے۔
رسوبی نقاط پہلے اس قدر خفیف اور باریک ہوتے ہیں کہ جب تک بڑی حافت کا مدد نہ ان کو دیکھنے
کے لئے استعمال نہ کیا جائے نظر نہیں آتے یا مدد کے علاوہ ان کو قریبی خوردبین سے دیکھا جاسکتا ہے،
اس قسم کے الہاب کو ہم ”شرکی مصلیٰ الہاب طریق ہدییٰ“ کہتے ہیں۔ اور اس کا انداز مرض بہتر ہوتا ہوا

صرف ایک لکڑی اس حالت میں یہ ہوتا ہے کہ کہیں تو زمین نہ تڑپ جائے لیکن اس خطرہ سے محفوظ رہنے کے لئے
 بھی علاج کو قطع غلبہ کا عمل نہ کرنا چاہئے۔ کیونکہ اس عمل سے خفیف حالت بھی خطرناک صورت اختیار کر سکتی ہے۔
 اس مخصوص التهاب پر ہڈی دشمنی کے علاوہ ایسے مریض بھی ملتے ہیں جن میں فائبرین کی وجہ سے
 موخرالصقات پیدا ہو جاتے ہیں جو کہ صرف مدتی کنارے تک محدود رہتے ہیں۔ اس حالت میں شیمیہ کے اندر
 بھی زردی، مائل سفید ترشحات ملتے ہیں اس حالت کو Sympathetic disseminated chorea کہتے ہیں۔
 شرکی منتشر التهاب شیمیہ کہتے ہیں۔

بعض مریضوں میں غلبہ التهاب سے بالکل محفوظ ہوتا ہے، صرف شیمیہ ہی ملتا ہے۔ ایسی آنکھ
 میں خراش زیادہ نہیں ہوتی اور نہ اس میں مینائی کا زیادہ مآؤف ہونا ضروری ہے۔
 قرنہ کی موخر سطح کے رسوبی نقاط ہستہ آہستہ بڑھتے جاتے ہیں جس سے مینائی پر کچھ اثر پڑتا ہے۔ اگر
 تو زمین نہ تڑپے تو تمام مدتیں آہستہ آہستہ غائب ہوتی جاتی ہیں۔ اور آنکھ طبعی حالت پر لوٹ آتی ہے۔ مریض کا
 علاوہ مینوں کے بعد بھی ممکن ہوتا ہے۔ اور مرضی حالت ایسی خراب بھی ہو سکتی ہے جس میں کون التهابی یعنی
 ترشحات پائے جاتے ہیں۔ گویا کہ ایسے خفیف مرضی حالات میں بھی معالجہ میں بہت غور و خوض کی ضرورت ہے
 انداز مریض کے تعلق بھی فیصلہ بہت غور و فکر کے بعد کرنا چاہئے۔

۳۱. مضروب آنکھ کو صدمہ پہونچنے اور اس کے بعد دوسری آنکھ میں شرکی
 التهاب پیدا ہونے کی مدت۔ (کے متعلق مذوری معلومات) گزشتہ تمام تجربات کی بنا پر ہم جو کچھ کہہ
 سکتے ہیں وہ صرف یہ ہے کہ مضروب آنکھ کو ضرب پہونچنے سے بیکر دوسری آنکھ میں شرکی التهاب کے پیدا
 ہونے تک کم از کم ۱۴ روز کا وقفہ ہو سکتا ہے۔ ایسے مریضوں کی تعداد بہت کم ہے جن میں مریض کا آغاز ۱۴
 روز کے بعد ہوا ہو۔ مریض کے واسطے ضرب کے بعد چھٹے ہفتے سے لے کر بارہویں ہفتے تک کا وقت بہت
 خطرناک ہوتا ہے۔ ۲۰۰ مریض جن کا جوڑا مکمل کیا گیا ان میں سے ۱۷۰ ایسے تھے کہ جن کی آنکھ میں جراحت
 دہائیہ کے بعد ایک سال کے اندر ہی دوسری آنکھ میں شرکی التهاب شروع ہوا۔ اور صرف بارہ مریض ایسے تھے
 جن میں اس وقفہ کی مدت ایک سال سے زائد تھی۔ یہ وقفہ زیادہ سے زیادہ ۲۰ سال تک بھی دیکھا گیا ہے۔

(۴) **مرض کی عمومی حالت** - مختلف نوعی امراض کے مددی شدت تک ، ماضی ، حال ، مستقبل ، ذیابیس کی وجہ سے ایک آنکھ کے اندر اگر التهاب طریق ہر بنی وشی پیدا ہو تو ضروری نہیں کہ وہ ہی آنکھ بہت مایوس و ضنون رہے بلکہ ممکن ہے کہ اس کی وجہ سے دوسری آنکھ میں ایک تہہ کا مکون التهاب شروع ہو جائے ۔ اس قسم کے مرض میں تشخیص کے لئے ضروری ہے کہ مرض کے متعلق تحقیق کریں گے کہ آیا یہ مرض کسی عمومی مرض کا نتیجہ تو نہیں ہے ۔ کیونکہ ان حالات میں علاج بالکل جداگانہ ہوگا ۔ اور شرکی التهاب کا علاج بالکل دوسری نوعیت کا ہوگا ۔

مذکورہ امور سے ظاہر ہے کہ شرکی التهاب چشم کی تشخیص کے سلسلہ میں ذیل کی باتوں کو مدنظر رکھنا چاہئے ۔
(۱) **مضروب آنکھ کے متعلق** - مضروب آنکھ میں طریق ہر بنی وشی کا التهاب جراثیم و خزیہ کے بعد ہوتا ہے صرف وہ شاذ حالات اس سے مستثنی ہیں جن میں اس کا سبب سلسلہ خمیہ خمشیہ ہو ۔ اس صورت میں آنکھ کے اندر سوراخ ہونا ضروری نہیں ہے ۔

(۲) **شرکی التهاب والی آنکھ کے متعلق** - اس آنکھ میں مکون التهاب جو کہ طریق ہر بنی وشی کے تمام حصوں کو وقت کر دے ہمیشہ من صورت اختیار کرتا ہے ۔ کچھ عرصہ کے سے آنکھ کی حالت بہتر ہو جاتی ہے مگر پھر سے عرصہ کے بعد دوبارہ مرض کا اعادہ ہوتا ہے ۔

(۳) **وقفہ جو کہ جراثیم و خزیہ کے بعد دوسری آنکھ میں شرکی التهاب کے پیدا ہونے تک صرف ہوتا ہے** - یہ وقفہ کم از کم ۲۴ دن کا ہو سکتا ہے ، چھٹے ہفتے سے بارہویں ہفتے میں خطرہ زیادہ پایا جاتا ہے ۔ شاذ و نادر دوسری آنکھ کے اندر شرکی التهاب ایک سال کے بعد بھی لاحق ہوتا ہے ۔

(۴) **صحت عمومی کی حالت** - اگر بغور معائنہ کرنے کے بعد معالج کا یہی فیصلہ ہو کہ جسم ہر بنی وشی کے التهاب کا کوئی عمومی مرض سبب نہیں ہے تو غالب خیال یہی ہوگا کہ مرض شرکی التهاب طریق ہر بنی وشی ہی طریق ہر بنی وشی کا شرکی التهاب ہر عمر میں ہو سکتا ہے ۔ تاہم یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ بچوں میں اس کا خطرہ زیادہ رہتا ہے ۔ اس التهاب میں مبتلا ایسے مریض بھی ملتے ہیں جن کو شدید درد و سرکی شکایت ہونی تبتہ در ان کے پلوں ۔ باؤں اور بھوں کا رنگ بالکل بدل جاتا ہے ، برہن بھی ان میں دیکھا جاتا ہے ، درد و نوح صرف

بہت ساری آتش مالیتیں ناقابل علاج ہوتی ہیں۔

انذار مرض۔ طریق ہدنی دشمنی کا شرکی التہاب عموماً خطرناک ہوتا ہے مگر بالکل ہی مایوس کن نہیں ہوتا کیونکہ کثرت شدید حالتوں میں اور بیشتر خفیف حالتوں میں طویل طویل معالجہ کے بعد مرض کی آنکھ اچھی ہو جاتی ہے۔ بعد از اس کا زمانہ حد تک باقی رہتی ہے، مگر جن حالتوں میں شفا حاصل ہوتی ہے، ان میں حدود مرض کا امکان ہوتا ہے۔ اگر پہلا دوسرے کے بعد ایک سال تک آنکھ بالکل ہی محفوظ رہے تو ہم کہہ سکتے ہیں کہ اب اس کا اعادہ نہ ہوگا۔ جس جھڑی کے شرکی التہاب کا انذار مرض بہتر ہوتا ہے، بشرطیکہ مضروب آنکھ کو نکال دیا جائے۔

علاج۔ شرکی التہاب طریق ہدنی دشمنی کو روکنے کی تدابیر سب سے پہلے ضروری ہیں، اگر مضروب آنکھ میں براحتی اس قدر وسیع ہو کہ بینائی کسی طرح قائم نہ رہ سکے تو فوراً ہر ہے کہ آنکھ کو بالکل نکال دینا بہترین علاج ہے۔ اگر نہ وہب آنکھ میں چھ بینائی باقی رہ جائے تو سب سے پہلے زخم کا مناسب علاج کیا جائے اگر مریض بہت زیادہ زخم کے پاس پہنچ جائے تو اس درجہ میں یہ علاج مناسب ہے کہ آنکھ کے اندر شافوی تعدی کو ہر ممکن تدبیر سے روکنے کی کوشش کی جائے، احتیاط سے زخم کو صاف رکھا جائے باہر نکلے ہوئے طریق ہدنی کے حصص کو بہت کڑک کر دیں۔ اور مناسب حالات میں زخم میں ٹانکے لگا کر سی دیں۔ مطہری با ندھی جائے، ان مریضوں کو سیسی سوس اتنی مقدار میں دیں کہ مریض اسکو برداشت کر سکے، ۵۰ - ۶۰ گرین تک اس کی خوراک دینا شروع کر سکتے ہیں۔ اس سے التہابی تمام علامتیں رفع ہو جاتی ہیں۔ اور ساتھ ہی اس کے مضروب آنکھ کی خواہش بھی جاتی رہتی ہے۔ اگر ان حالات میں مذکورہ اصول پر کاربند نہ ہوں تو آنکھ کو نکالنا پڑتا ہے۔ ان مریضوں کو چند ماہ تک زیر مشاہدہ رکھا جائے تاکہ اس امر کا پتہ چلتا رہے کہ التہاب ہدنی و عینی کی وجہ سے آنکھ کا میلن تو نہیں ہو رہا اگر معالج کے پاس مریض کے آنکھ سے قبل زخم میں تعدی ہو چکی ہو تو فوراً آنکھ کو نکال دینا اشد ضروری ہے۔ ایسی صورت میں التہاب کسی طرح مناسب نہیں، خواہ وقتی طریقہ پر مضروب آنکھ کے اندر کچھ بینائی قائم ہی کیوں نہ ہو۔

اگر مضروب آنکھ کی بینائی بھیتنا نائل ہو چکی ہے تو معالج کے لئے آنکھ کو بالکل نکال دینے کے سوال میں شک نہ ہوتا ہے۔ بعض اوقات مریض اس آنکھ میں تھوڑی بہت بینائی کے موجود ہونے کی وجہ سے اس کو

نکھوانے کے لئے بمشکل تیار ہوتا ہے یا تیار ہی نہیں ہوتا لہذا اس کے واسطے مہینے کو عجوبہ کرنا ضروری ہے۔
 ضرب و جراحت سے پیدا ہونے والے التهاب طبع ہر بی دشمنی کے بعد بھی دوسری نگوں شرکی
 التهاب نہیں بھی پیدا ہوتا جیسا کہ اس کے قبل بیان کیا گیا ہے۔ لیکن ایسا ہی وقت ہوتا ہے جبکہ عذاب آنکھ
 بہت زیادہ خراب نہ ہوئی ہو۔ ممکن ہے کہ آخر میں کچھ بنیانی باقی رہ جائے، لیکن شکل یہ ہے کہ ان حالات میں
 کسی خاص صورت میں بھی یہ کہنا ناممکن ہے کہ شرکی التهاب پیدا ہوگا یا نہیں؟ اسی لئے اس میں پیرا لٹریچر شاید
 ایسی حالت پیدا ہو خطرہ سے خالی نہیں ہے۔ کیونکہ پہلی حالت میں یعنی آنکھ کو نکال دینے پر تو صرف ایک آنکھ
 کے ضائع ہو جانے کا سوال ہے۔ مگر دوسری حالت میں یعنی نہ نکالنے پر دونوں آنکھوں کے ضائع اور خراب
 ہو جانے کا امکان ہے۔

بالآخر ہم یہ کہیں گے کہ بعض حائیتیں جن میں کسی آنکھ کو جو حرج و مرج سے بعد نکھوانے دیتے ہیں یا نکال
 دینے کی سفارش کرتے ہیں، ان میں اگر ہم آنکھ کو علاج کے بعد بہتر ہونے کا موقع دیتے تو ممکن تھا کہ دوسری
 آنکھ میں خرابی یا شرکی التهاب بالکل نہ پیدا ہوتا۔ لیکن یہ امر بھی قابل غور ہے کہ مضمون آنکھ کو نکال دینے
 کے بعد بھی ۲ ہفتے تک ہم یہ نہیں کہہ سکتے کہ اب دوسری آنکھ شرکی التهاب سے محفوظ ہے یا نہیں؟ کیونکہ
 اس کے باوجود بعض آنکھوں میں شرکی التهاب اس عرصہ کے اندر پیدا ہو جاتا ہے۔

تمام معالجین چشم کا یہ تجربہ ہے کہ بعض مریضوں میں مضمون آنکھ کو نکال دینے کے بعد بھی دوسری
 آنکھ میں شرکی التهاب پیدا ہو جاتا ہے، حالانکہ اس عمل جراحی کے وقت دوسری آنکھ بالکل صحیح و سالم ہوئی
 ہے۔ یعنی اس میں شرکی التهاب کی علامتیں بالکل نہیں موجود ہوتیں، ان حالات میں زیادہ سے زیادہ ۳
 ہفتہ کے اندر شرکی التهاب کا ظہور ہوتا ہے۔ اس کے بعد ایسا نہیں دیکھا گیا۔

مذکورہ حالات و خطرات مریض کے لئے بہت زیادہ رنج فرساہوتے ہیں اور معالج کے لئے بھی پرنامی کا
 سامان فراہم کرتے ہیں۔ بالخصوص اس صورت میں جب کہ دوسری آنکھ میں شرکی التهاب ایک روز کے بعد ہی
 شریع ہو جائے۔ ان باتوں کے باوجود جب دوسری آنکھ میں التهاب شریع ہو جائے تو بھی ہم یہ نہیں کہہ سکتے
 کہ مضمون آنکھ کو نکالنا فائدہ سے خالی تھا۔ کیونکہ تجربہ سے معلوم ہوا کہ اس حالت میں دوسری آنکھ کے ضریع

ہی نہ شرکی التہاب نہایت خفیف قسم کا ہوتا ہے۔ اور علاج سے فائدہ بھی ہو جاتا ہے۔

جن مریضوں کی مضروب آنکھ نہ نکالی گئی ہو اور دوسری آنکھ میں شرکی التہاب شروع ہو گیا ہو ان میں ہمارا ذہن کیا ہونا چاہئے؟ سب سے پہلے یہ ضروری ہے کہ مضروب آنکھ کو جلد نکال دیا جائے، بشرطیکہ اس کی بنیائی کلیئہ زائل ہو گئی ہو۔ اور اس کے بہتر ہونے کی کوئی صورت بھی نہ نظر آتی ہو۔ ایسے حالات میں مضروب آنکھ کو نکال دینے کے بعد دوسری آنکھ میں کوئی نمایاں فرق نہیں ہوتا کیونکہ اس میں التہاب تیزی کے ساتھ جاری رہتا ہے۔ مگر تجربہ سے ثابت ہوتا ہے کہ مضروب آنکھ کے نکال دینے پر دوسری آنکھ جزئی یا کئی طور پر ضرور بچ جاتی ہے۔ بالخصوص جبکہ مضروب آنکھ کو دوسری آنکھ کے اندر شرکی التہاب پیدا ہوتے ہی نکال دیا جائے اگر مضروب آنکھ کو نکالنے میں بہت دیر لگائی جائے یا بالکل ہی نہ نکالی جائے تو مشارک آنکھ نسبتاً زیادہ مریضوں میں اور زیادہ خراب ہو جاتی ہے۔

اگر دوسری آنکھ میں شرکی التہاب شروع ہو جائے تو ایسی مضروب آنکھ کو جس میں تھوڑی بنیائی بھی موجود ہو نہ نکالنا چاہئے کیونکہ اس امر کا امکان ہے کہ مشارک آنکھ بالکل خراب ہو جائے اور اس کے باوجود مضروب آنکھ میں کچھ بنیائی قائم رہے۔ مذا ان حالات میں بہت زیادہ غور و فکر کی ضرورت ہوتی ہے تاکہ اس بات کا صحیح فیصلہ کیا جاسکے کہ آیا مضروب آنکھ کسی حد تک درست ہو سکتی ہے یا نہیں بعض اوقات میٹھی ہوئی آنکھ بھی جزئی طور پر درست ہو کر کارآمد ہو جاتی ہے۔

ماہر شے Mr. Schimor نے مندرجہ ذیل اصول اس کے واسطے بیان کئے ہیں۔

جب دوسری آنکھ میں طریقہ بی دیشمی کا شرکی التہاب شروع ہو جائے تو مضروب آنکھ کو اُس وقت تک نہ نکالنا چاہئے جب تک کہ اُس کی بصارت بالکل ضائع نہ ہو چکی ہو۔ یا جب تک اُس کے اندر احساس نور باقی ہے خواہ وہ دیکھنے کے بالکل ناقابل ہی کیوں نہ ہو۔ چند ہفتوں سے وہ بہت ہی نرم اور حجم میں کم نہ ہو گئی ہو۔ یا قرنوی سہی بنی کیفیت کی زیادتی کی وجہ سے اس کے اندر بصارت شکل کا واپس آنا ممکن نہ ہو۔ مذکورہ بالا حالات سے قبل مضروب آنکھ کو ہرگز نہ نکالا جائے (آنکھ کو نکالنے کا عمل جراحی جراثیمات کے سلسلہ میں ملاحظہ ہو

جب شرکی التہاب دوسری آنکھ میں پیدا ہو جائے، خواہ یہ مضروب آنکھ کو نکالنے سے قبل ہو یا بعد میں

ہر دو صورت میں شرکی اعتبار وافی آنکہ مناسب علاج اشد ضروری ہے "ایٹر و چین" ڈاؤلی جانے اگر تم کمیدات کی باتیں زیادہ تر نہ نکلیں محلوں کی تیج کی جاسے ایہ فیقت میں وقت خاص طور پر مفید ہوتی ہیں۔ تاکہ تریج بنی جاسے ہو۔ اس حالت میں آنکھ کے اندر سوخت کو نہ بھی مفید ہوتا ہے۔ مذکورہ دوا سامی علاج سے زیادہ عمومی علاج بھی کیا جاسے یعنی پارسے کے مرکبات کو چھٹی طرح استعمال کریں جو دوسری مہم کی حالت میں رہتے ہیں۔ کھد نہیں یا دوزن طریقوں سے پارسے کے مرکبات استعمال کریں۔ مگر اس دکانیاں نہیں پارسے کے مرکبات کے استعمال سے منہ نہ آجائے یعنی اس کو سفورن استعمال کرنا چاہئے کہ اس کی سبکی علامات میں ہو جائیں۔ ان حالات میں "سوڈائی سلاس" زیادہ سے زیادہ مقدار میں دیا جاسے یہاں تک کہ ۵۰ سے ۵۰ اگرین تک روزانہ دے سکتے ہیں۔ بعض لوگوں کے تجزیہ میں سلورسٹ وغیرہ کے مرکبات بھی مفید ثابت ہونے میں۔ لیکن بعض ماہرین کا خیال ہے کہ یہ مرکبات بالکل مفید نہیں ہوتے۔ پیش کی بود و بدش گروہ مواد اگر کمرہ میں ہو، اگر کمرے کے اندر اندھیرا رکھی جائے تو بہتر ہے۔ اس علاج کی ہفتوں اور مہینوں ضرورت ہوتی ہے۔ اور بعض کے سے نہایت تخفیف دہ ہوتا ہے۔ مگر چونکہ علاج کا نتیجہ علاج کے زور، رور غصہ و رنج ہوتی ہے۔ مگر یہ نتیجہ ہے اس لئے بہتر ہے کہ مریض کو سمجھ دیا جائے تاکہ وہ کعبہ سے نہیں۔

جب تک خفیف، التهاب بھی غنہ میں موجود رہے، قطع غنہ کے آپریشن کا خیال تک نہ کریں۔ ذر ق مانی تو ترین زیادہ ہو گیا ہو تو اس وقت بھی اس کا خیال رکھیں، وقت سے پہلے آپریشن کرنے سے التهاب از سر نو تیز اور شدید ہو جاتا ہے۔ تو ترین کو اگر قطع غنہ کے ذریعہ کم بھی کر دیا جائے، مگر یہ عمل نسا و غنہ و التهاب کی وجہ سے ناممکن ہوتا ہے، تو بھی جلد تو ترین دوبارہ بڑھ جاتا ہے۔

جب التهابی نشانات اور علامات ایک سال تک بالکل ناسب رہیں اور اس کی استعداد باکل۔ پانی جائے جس کی بہترین علامت قرنیہ کے گرد احقان دموی ہوا کرتا ہے، تو بھی اس سے زیادہ وقت تک آپریشن کو ممتوی رکھنا مناسب ہوگا۔ اس وقت قطع غنہ اور مصنوعی مدقہ بنانے کا عمل کیا جاسکتا ہے بشرطیکہ یہ جرات کے لئے زیادہ مفید ثابت ہو۔ اس امر کو بھی مد نظر رکھنا چاہئے کہ ان حالات میں کوئی آپریشن خطرات سے محفوظ نہیں۔ اور بہ نسبت تندرست آنکھوں کے، ایسی ماؤں آنکھوں پر یہ خطرات اور بھی زیادہ بڑھ جاسکتے ہیں کیونکہ

اس مکان ہے کہ اس آنکھ کی مینائی باعتبار پہلے کے اور بھی زیادہ خراب ہو جائے اور صرف یہی آنکھ مینائی
 والی ہو، لہذا مرین کے لئے یہ خطرہ بہت ہی روح فرسا ہوتا ہے لیکن یہ بھی ضرور ہے کہ ان مرینوں میں کامیابی
 کے ذریعہ بھی بت ہوتے ہیں۔ اگر ضرور آنکھ کو نکالنے کا خیال نہ ہو اور شرکی التہاب شروع ہو چکا ہو تو مذکورہ
 بالا طریقہ پر اس کا مناسب علاج بہت ضروری ہے۔ اس کے ساتھ دوسری آنکھ پر عمل جراحی کے متعلق جو کئی اصول
 بیرون سے آئے ہیں ان پر عمل پیرا ہونا لازم ہے۔

تشریح مرضی۔ اگرچہ مرضی اور تجرباتی کام اس موضوع پر بہت ہو چکا ہے تاہم اس کی تشریح مرضی
 اب تک پردہ راز میں ہے اس موقع پر ان تمام نظریات کا بیان کرنا باعث طوالت ہو گا لہذا ہم صرف اتنا
 بتانے پر کفایت کرتے ہیں کہ کن کن اطراف میں اس موضوع کی تحقیق و تفتیش کا سلسلہ جاری ہے۔

شرکی التہاب والی آنکھ کی غور دینی مابین "ماہر فلکس" نے سب سے پہلے بیان کی تھی، اسی ماہر نے اس
 التہاب کا مقابلہ بھی دوسرے عدد سے پیدا کرنے والے جراثیمی التہاب سے کیا تھا۔ مگر الذکر التہاب کو اس نے
 آنکھ کا اندرونی عفنی التہاب قرار دیا۔ اس التہاب میں کوئی مالت پائی جاتی ہے جو کہ صرف مینی اور ہڈی سطح
 تک محدود رہتی ہے۔ اور یہ ارتشاح موافق صدیدی امراض کے بالآخر ہونے یعنی انسجہ میں تبدیل ہو جاتا ہے جو کہ
 مدد کو گھیر لیتا ہے اور عنبیہ و جسم ہڈی کے ساتھ مضبوط طریقہ پر ملحق ہو جاتا ہے۔

تفاوت اس کے شرکی التہاب طریق ہڈی و مینی ایک ایسی قسم کا التہاب ہے جس میں انسجہ کے اندر کارثر
 ہوتا ہے اور طریق ہڈی کے تمام انسجہ دعبیہ، جسم ہڈی و مینیہ کے اندر ارتشاح پایا جاتا ہے۔ ابتدائی مراح میں
 صرف ہڈی کے انسجہ میں گریات لمفاوی بہت زیادہ جمع ہو جاتے ہیں۔ ان کے ساتھ مصلی خلیات بھی ہوتے ہیں
 اور بعد کے مراح میں جا بجا باطنہ خلیات کے جھنڈ پائے جاتے ہیں جن کے ساتھ خلیات عظیمہ بھی ملتے ہیں۔ یہ
 تمام رد عمل ورنی التہاب سے ملتا ہوا معلوم ہوتا ہے۔ خلیاتی ارتشاح کی وجہ سے تمام طریق ہڈی و مینی موٹا
 ہوتا ہے۔ اور یہ خلوی ترشح صلبیہ کے اندر تک نفوذ کر جاتا ہے۔ علاوہ ازیں یہ بھی دیکھا گیا ہے کہ اس کے
 ساتھ عفنی التہاب، اندرون چشم بھی کبھی پایا جاتا ہے، بالخصوص ان التہابات میں جن کے پیدا کرنے کا باعث
 جرح و خد یہ نہیں ہوتے۔ ان علامتوں کے ساتھ دوسری علامتوں کا لحاظ کرتے ہوئے بعض ماہرین کا خیال ہے

کہ یہ رب مین شرکی التباب پنجمین مبتد ہوتے ہیں۔

سب سے پُرانا نظریہ جو کہ عجمی، لٹیکس کو اس مصل کا سبب قرار دیتا تھا تھا ہے۔ تاہم یہ سب سے پہلا
ماہرین تغلق الراک ہیں وہ یہ ہے کہ شرکی التباب کسی قسم کے بعض جراثیم کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے
لیکن اب تک ہم کو اس کا علم نہیں۔ اگر کسی قسم کے جراثیم اس کا سبب تسلیم کریں تو اس کا یہ ہوتا ہے
- دوسری آنکھ میں یہ التباب منسوب آنکھ سے کس طرح ہوتا ہے۔

اکثر ماہرین کا خیال ہے کہ یہ جراثیم معدہ یا معد کے ذریعہ دوسری آنکھ میں پہنچتے ہیں۔ اور یہ
ماہرین کی تعداد بڑی کثیر ہے جن کا خیال ہے کہ مددی کا انتقال خون کے ذریعہ ہوتا ہے اور خون میں یہ جراثیم
ان کی سمیت شامل ہو کر دوسری آنکھ پہنچتی ہے اس کے متعلق بعض لوگوں کا خیال ہے کہ یہ ذاتی مددی کی
ایک مثال ہے اور معدوب آنکھ کے اندر جراثیم کے ذریعہ یہ سے پہنچتی خون میں یہ جراثیم موجود ہوتے ہیں۔
دوسرے ماہرین کا خیال ہے کہ یہ التباب ایک قسم کا زہن ہے جو کہ ذکاوت حس کی وجہ سے نذر جب
ذیل طریق پر رونما ہوتا ہے۔

مستحب طریق بدنی ویشی کے خلیات کا ضائع ہونا۔ اور ان میں فساد کی خلیات پیدا ہو کر ایک قسم کے
لانی اجزاء سے مشابہ سمی مادہ کا خارج ہونا جس کا انجذاب نہ صرف تمام جسم میں ذکاوت حس پیدا کرتا ہے
بلکہ مقامی طور پر دوسری آنکھ کے طریق بدنی ویشی میں بھی اسی کی وجہ سے ذکاوت حس کا تصور ہوتا ہے۔ اور
اگر کسی قسم کی خراش اس آنکھ کے اندر موجود ہو تو ایسا رد عمل شروع ہو جاتا ہے جو کہ التباب کی صورت اختیار
کے طریق بدنی ویشی کو مازت کرتا ہے۔

اس میں شک نہیں کہ مذکورہ نظریہ بہت دلچسپ ہے مگر اس پر متد و اعتراضات وارد ہو سکتے ہیں۔
(۱) یہ امر مسلم ہے کہ جسم کے اندر کے مواد کے انجذاب سے بھی ذکاوت حس پیدا ہو سکتی ہے اور یہ بھی
من ہے کہ اس مقامی ذکاوت حس کی وجہ سے رد عمل بھی پیدا ہو۔ یہ حالت اس ذاتی ذکاوت کی وجہ سے بھی
نما ہو سکتی ہے جو کہ خود آنکھ کے اندر پیدا ہوا ہو اور اس کا رد عمل دوسری آنکھ میں ظاہر ہو۔

مذکورہ طریقہ پر دوسری آنکھ میں ذکاوت حس پیدا ہو کر انجذاب مواد کی وجہ سے رد عمل کے پسیدا

ہو سنے کے امکان کو تسلیم کرے میں بہت ضروری ہے کہ دوسری آنکھ میں کسی ایسے جرن کی موجودگی لاپرواہی ہے جو کہ توازن کو خراب کرے نہ لاپرواہی۔ اس جرن کے متعلق ماہرین کا خیال ہے کہ یہ امراض معدہ سے انجذاب نہیں کی وجہ سے جنم لیتا ہے گویا کہ یہی سمیت اس کی ابتداء کی باعث ہیں۔ جس کا بڑا ثبوت، ان ہرن کے پاس یہ ہے کہ کثر مریضوں کے پیشاب میں "اندیکس" کا وجود ہوتا ہے۔ مگر ہمارے خیال میں یہ ثبوت نشئی بڑا نہیں ہے۔

طریقہ بدبر، ڈیٹھی کے شرکی التهاب میں متباد مریضوں کے خون کا معائنہ کرنے پر مشاہدہ کیا جاتا ہے کہ ان کے خون کے اندر بڑے مقدار میں کٹکٹا ٹکٹکا ٹکٹکا موجود ہوتا ہے۔ گریات عظیمہ کی تعداد بھی بڑھ جاتی ہے اور مٹی مالت سے اعتبار سے ان کے زیادتی خاص کر ہوتی ہے چونکہ خون کے امتحان کی قدرتشکی مریضوں کے خون کی تصویر سے بالکل مشابہ ہوتی ہے۔ ہذا بعض ماہرین کا خیال ہے کہ طریقہ بدبر، ڈیٹھی کا شرکی التهاب کسی ایسے برٹوئم سے پیدا ہوتا ہے جو "پروٹوزوا" (Protozoa) سے مشابہ ہو جائے۔

”التهاب كل العين“ ”صدیدی التهاب ندرول چشم“

(Panophthalmitis)

یہ التهاب اکثر و بیشتر جراثیم سے ملوث آنکھ کے زخموں کا نتیجہ ہوتا ہے (خواہ یہ زخم اتفاقیہ ہوں یا جرحی) کے نتیجہ کے طور پر یا قروح کے اندر سوراخ ہو جانے سے لاحق ہو سکے ہوں۔ اس کے علاوہ نفقہ الدم جرحی انفاسی، التهاب سیانی، منجھری التهاب منتشرہ، میں مددی کے تمام سے جراثیم حرق کے ذریعہ آنکھ میں پونچھ کر یہ حالت پیدا کر سکتے ہیں۔ لیکن جب جراثیم باہر سے آنکھ کے کسی زخم کے ذریعہ آنکھ میں داخل ہوں تو زجاجیہ سب سے پہلے مادت ہوتی ہے اور چونکہ اس میں عروق وغیرہ نہیں ہوتے اس لئے یہ جراثیم اس لئے نہایت مناسب مفرغہ کا کام دیتی ہے یعنی جراثیم کی افزائش اس کے اندر نہایت آزادی کے ساتھ جاری رہتی ہے۔ یہاں تک کہ بیمہ دہنی، شبکیہ اور شبکیہ کا صدیدی التهاب زوروں کے ساتھ شروع ہو کر اپنی اہمیت کو ظاہر

کرتا ہے۔

ذاتی مددی جس میں کہ جراثیم جو کسے کسی دوسرے مقام سے آنکھ کے اندر پہنچتے ہیں، اس حالت پر تباہی کی شریاں ہیں۔ پورے اندکے پانکریاں اسی طرح شیشیہ کے اندر جراثیمی سدا کے پھینکنے کی وجہ سے مدیہ و کتاب شروع ہو جاتا ہے۔ در تمام آنکھ پیپ سے بہ جاتی ہے یہاں تک کہ اس کو نکال دینے کی ضرورت رہتی ہے، اگر یہ حالت دونوں آنکھوں میں ہو سکتی ہے۔ بہ صورت بخار اور دوسرے لاف ہو، ہے غلو کی حد کی پہنچتی ہے۔ بعض اوقات تے بھی ہوتی ہے۔

ذاتی مددی میں جب کسی عینی مدی سے جراثیم بہت ہو کر آنکھ کے اندر پہنچتے ہیں، اس سے تو درد مختلف صورتیں ہوتی ہیں۔ اکثر طریق بدنی و تو تمام ماؤف ہو جاتا ہے یا اس کے ہضم و نفردی طور سے ہضم ہونے ہیں۔ بیجا کہ درانی کہ تباہی مختلف بہت بہت بدنی و بدنی کے خلیفہ صاب بہت بہت ہے۔ یہ حالت ن سینی اجزاء کے انجبا سے پیدا ہوتی ہے، جو کہ خون کے اندر ویرہ کرتا ہے اور ہی جڑی م کر کے جذب ہوتے ہیں۔ مثلاً بہت باندھ عورتوں کے اعضا و تناسل کے مذکر کی عینی مدی سے اس میں کا انجذاب ہوتا۔

تشریحی معائنہ سے معلوم ہوا ہے کہ جراثیمی سدا بھی نظام مددی میں جذب ہو کر آنکھ کے اندر داخل ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں دو باتیں ہیں۔ در نریاں ہوتی ہیں ایک تو یہ کہ مختلف قسم کے جراثیم آنکھ کے اندر مختلف ساختوں کو دفن کرتے ہیں۔ مثلاً عصب و درنیہ کبھی شبکیہ کو ابتدائی طور پر دفن نہیں کرتے، اگر شیشیہ کے اندر میں ثانوی طور پر شبکیہ ماؤف ہو جاتا ہے۔ دوسرے یہ کہ اسے شہیدیت و اسے نفدی جراثیم کے بہتے جراثیم آنکھ کے اندر طرح داخل ہوتے ہیں وہ بہتے شہد کا بہتاپ پیدا کرتے ہیں۔ مثلاً اگر کو یہ شہد اندر آ رہے آنکھ کے اندر کسی دفری جراثیم کے ذریعہ داخل ہوں تو آنکھ کلیتا تباہ و برباد ہو جاتی ہے اور یہ حالت اس بہت خراب ہوتی ہے کہ غیر مدنی جراثیم ہیں اگر آنکھ کے اندر اس جراثیم کے ذریعہ داخل ہوں میں رچی بہتاپ کل میں پیدا ہو جاتا ہے اور جب کرویت ذات لریہ ذاتی مددی میں کسی دوسرے مقام سے خون کے ذریعہ آنکھ میں پہنچیں تو اگرچہ بہتاپ نہایت تیزی سے ساتھ شروع ہو جاتا ہے مگر بہت جلد اس کی تیزی کم ہو جاتی ہے۔

اور انداز مرض بہتر ہوتا ہے شاید اس کی وجہ یہ ہو کہ دوران خون میں شامل ہونے کی وجہ سے یہ جراثیم کمزور ہو جاتے ہوں۔ کیونکہ خون کے اندر تریاتی اجزاء موجود ہوتے ہیں۔ لہذا اس طرح جو التهاب شروع ہوتا ہے اس کی شدت مختلف درجہ کی ہوتی ہے۔

تین سے قبل یورپ میں جبکہ جمعی نفاسی کے متعلق زیادہ معلومات نہ تھیں اور وضع حمل کے وقت طبی امداد کافی نہ پہنچنے کی وجہ سے زیادہ عورتیں اس بخار میں مبتلا ہوتی تھیں اس وقت سدومی التهاب کل اعین بھی زیادہ عام تھا اور کئی دواؤں آنکیں اس التهاب سے اذیت ہوتی تھیں، خزانہ مقدم کے اندر ارتشاح ہوتا تھا اور شبکی انفکس کا مدد منظر اعین سے کرنے پر زرد رنگ نظر آتا تھا جس کا باعث زجاجیہ کے اندر پیپ کا اجتماع ہوتا تھا۔ یہ مرض معمولی اور ہیردنی تلوثات جراثیمی کی طرح صدیدی التهاب کل اعین پیدا کر کے آنکھ کو ضائع کر دیتا تھا گراب ایسے مریض دیکھنے میں نہیں آتے، تاہم ایسے افراد ملتے ہیں جن کو صلیبہ التهاب کل اعین کی نزکات لاحق ہوتی ہے اور ابتدائی درجہ میں ان کے خزانہ مقدم کے اندر ارتشاح پایا جاتا ہے جس کے ساتھ طریق ہر بی کا التهاب بھی موجود ہوتا ہے۔

یہ مرض اکثر متعدی امراض بالخصوص ذات الریہ، انفلو انزا، خسرہ، جمعی قرمز، التهاب سحائی، اڈریش وغیرہ کے ساتھ دیکھی جاتا ہے۔

منظر میں کے ذریعہ معائنہ کرنے پر آنکھ کے شفاف واسطوں پر غیر شفاف سحابی کیفیت طاری ہوتی ہے جس کی وجہ سے زرد شبکیہ و معدلا دکھائی دیتا ہے۔ علاج سے یہ حالت آہستہ آہستہ رد یا ملاح ہو جاتی ہے اور کبھی مفید حد تک بعارت بھی باقی رہتی ہے، لیکن اس سے زیادہ شدید حالت میں زوائد ہر بی تباہ ہو جاتے ہیں۔ تو ترعین گر جاتا ہے۔ آنکھ کا حجم رفتہ رفتہ کم ہو جاتا ہے۔ بچوں میں اکثر یہ التهاب ”کرویات زوجیہ دانگ سل بادام“ (Diplococcus intracellularis of weichselbaum) کے مددی

کی وجہ سے لاحق ہوتا ہے۔ اور اس کے بعد یعنی ساخت جو کہ ہر بی الامل ہوتی ہے بہت زیادہ پیدا ہو جاتی ہے اس کی تشخیص حالت مرض میں درم یعنی عصبی سے مشکل ہوتی ہے۔ اور اس کو ہم کاذب درم یعنی عصبی میں شمار کر لیتے ہیں۔

کم شدید حالتوں میں بدلی الاصل یعنی ساخت بجا جیہ میں کم پیدا ہوتی ہے۔ دستبکیہ میں بھی یعنی بدلی ساخت کم بنتی ہے کثرتبکیہ میں سفید مضمور رستے ملتے ہیں، اور اسے رستے بھی پاسے جاتے ہیں جن میں موری نشہ، ترو نہ ہوتے ہیں یہ حالت قلم رہتی ہے۔ ورنہ سنا انتہا بکا پتہ دیں ہے۔ اس سے بھی کم شدید مرنی حالتیں بنتی ہیں، جن میں شبکیہ کے اندکاس کی صورت بالکل ایسی ہی ہوتی ہے جیسی کہ شیمیہ کے مرن کی صورت میں ہو کر رہتی ہے یا جیسی کہ شبکیہ کی مرکزی ورید کے نمٹنے کی حالت میں دیکھی جاتی ہے۔

بعض حالتوں میں قصب بھری خاص موری پر وقت ہوتی ہے۔ یہ شدید انتہائی صورتوں میں ہوتا ہے جن میں کہ بہت زیادہ انقباض قصب بھری کی حوں انجیہ میں پایا جاتا ہے۔ ان میں سے بعض مریضوں میں جلدی پھوڑے بھی دیکھے جاتے ہیں۔ اور یہ قصب تیس ہے کہ ان چوروں سے جو شیم غنقوویہ مذب ہو کر آنکھ کے اندر پہنچتے ہوں۔ اور اس انتہا بکا باعث بنتے ہوں۔ بعض حالتوں میں مدوی پیدا کرنے والے جراثیم گردیات ذات الریہ یا گردیات زوجیہ دانگ مل باور تھے۔

کبھی ایسے مریض بھی دیکھے جاتے ہیں جن میں مریض کا کوئی خاص سبب نہیں معلوم ہوتا۔ اور ان کی آنکھ میں انتہا بکا شبکیہ کے بعد سفید بقعات یا مضموی سفید رقبہ جات نظر آتے ہیں، جو کہ اسی کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ قریہ کی موخر سطح پر سوئی نقاط اور نامعلوم موخر، لطافات غنبیہ کے ظاہر ہوتا ہے کہ ذاتی مدوی سے پیدا ہونے والے مقامی التهاب شیمیہ میں اکثر پورا طریق بدلی ماوت ہو جاتا ہے، اسی وجہ سے معاملہ پر یہ حالت نشہ آتی ہے۔

اس حالت کا علاج ازالہ سبب ہے، ابتدائی عینی مرکز کو معلوم کر کے اس کا مناسب علاج کیا جائے۔ اور ابتدائی مرکز کے جراثیم کا معائنہ کرنے کے بعد علاج کی صحیح نوعیت کا فیصلہ کیا جائے۔ خراب حالتوں میں مریض کو بستہ پرٹا دیا جائے، اور درو میں سکون پیدا کر کے نو دوا میں دی جائیں، اگر آنکھ پیب سے پر ہو گئی ہو تو اس کو نکال دیا جائے۔

کم شدید حالتوں میں عمومی صحت کو بہتر بنانے کی کوشش کی جائے، آنکھ میں ایروپن ڈالیں، اور آرام پہنچائیں، سیاہ مینک استعمال کریں، کپنی پر جو نکلیں لگائی جائیں، آبیے اٹھائے جائیں۔ ابتدائی عینی

مرکز کا منہ سب علاج کریں، جراثیم کی تشخیص ہو جائے۔ بے پردہ کینی تعلقات کی جائیں۔

باہر سے جراثیم کے داخل ہونے کی صورت میں جس مقام سے یہ جراثیم آنکھ میں داخل ہوتے ہیں اس کا رنگ زرد ہوتا ہے اور جسم کے اندر کی انسجہ میں نگرذری حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ خزانہ مقدم میں ارتشاح ہوتا ہے۔ تھنہ میں اس کا بدم ہوتا ہے جسکی وجہ سے وہ منتفخ ہو جاتا ہے۔ قرنہ کے چاروں طرف کے اور تھنہ عروق میں تھنہ کی ہوتی ہے۔ جفان مقوم و ریش ہو جاتی ہیں۔ آنکھ میں شدید درد ہوتا ہے جو کہ سب سے پہلے تھنہ کی غشیہ کی وجہ سے ہوتا ہے اور بعد میں اس کی وجہ تو تریمین کی زیادتی ہوتی رہے۔ خزانہ مقدم بہت جلد پیپ سے پر ہو جاتا ہے۔ قرنہ غیر شفاف ہو جاتا ہے۔ سحابی کیفیت طاری ہوتی ہے اور بارہا خرس میں نگرذری حالت پیدا ہو جاتی ہے، بعض اوقات قرنہ کے اندر ارتشاح حلقہ نما صورت اختیار کرتا ہے جو زائعون بھی رہتا ہو جاتا ہے، مقلہ میں کی حرکات محدود اور کم ہو جاتی ہیں، کیونکہ فلاں لیناں کے اندر انتہائی حالت بڑھ جاتی ہے۔

ذاتی مددی کی وجہ سے جب آنکھ کے اندر کسی دوسرے مقدم سے جراثیم پہنچتے ہیں تو اس صورت میں بنائی بہت جلد خراب ہو جاتی ہے۔ شروع کے مراح میں شبکیہ کا انکس زرد ہوتا ہے۔ اور خزانہ مقدم میں ارتشاح پایا جاتا ہے۔

اگر انتہا کو چھیڑا نہ جائے اور مرض کو اسی کے حال پر چھوڑ دیا جائے تو آنکھ پھوٹ جاتی ہے اور پیپ باہر کو بیجا شرف ہو جاتی ہے۔ در آنکھ میں یہ سورخ قوی و صلی جوار اتصال کے ذریعہ چھپے پیا ہوتا ہے۔ در کم ہو جاتا ہے۔ مدت دیر تک آنکھ میں قیح قائم رہ کر آنکھ سکر جاتی ہے۔ اندازہ من خراب ہوتا ہے کیونکہ آنکھ تقریباً ہمیشہ ضائع ہو جاتی ہے۔ اس حالت کے بعد دوسری آنکھ میں شرف کی انتہا نہیں پیدا ہوتی۔ ان حالات میں مرض پیرا کر سنے والے جراثیم اکثر دیشہ کر دیات ذات الریہ ہو کر سکتے ہیں۔ مگر ان کے علاوہ مندرجہ ذیل جراثیم بھی اسکو پیدا کر سکتے ہیں۔

جراثیم غنقود یہ دھندلے عصا قولونی، جراثیم غنقود یہ زرقاء، ان کے علاوہ غیر مرضی جراثیم مثلاً عصا ثبائیں

اس کے برعکس کنارے تک کھینچا جاوے، لہذا اگر کوئی مسطر اس خط پر رکھا جائے تو یہ بند آنکھ کی جنف کے بیرونی حصہ سے چھوٹا رہے گا، ورنہ اس کا بہت خفیف دباؤ آنکھ کی جنف پر پڑے گا۔

جھوڑا عین - Exophthalmos (مقدمین کا باہر کی طرف ابھرا ہونا) جھوڑا عین کی حالت ان لوگوں میں اکثر پائی جاتی ہے جن کی آنکھ کسی وجہ سے باہر کی طرف ہٹ گئی ہو۔ اس صورت میں آنکھ باہر اور عمودی دھنچ میں بھی اپنی جگہ سے ہٹ جاتی ہے۔ جھوڑا عین کی معمولی حالت میں دونوں آنکھوں کی نسبتی وضع کا متوازن مرنین کے پیچھے اُس کے سر کے اوپر سے تنچے کی طرف دیکھ کر ممکن ہوتا ہے۔ جھوڑا عین کی حالت میں آنکھ کے ابھرنا کونا پنے کے لئے مختلف آلات ایجاد کئے گئے ہیں جن میں سے ماہر ہرٹل Hertel کا آدب سے بہتر ہے۔ صادق جھوڑا عین کے اسباب ذیل میں بیان کئے جاتے ہیں۔

(۱) مجری انسجہ کا حجم میں بڑھ جانا یا مجری غلار کا کم ہو جانا۔

(۲) شدید قصر بصر میں مقدمین کا حجم میں بڑھ جانا۔

(۳) مقدم امتفاح قرنیہ جس میں کہ قرنیہ باہر کی طرف پھول جائے۔

مجری عضلات میں سے کئی ایک عضلات کا استرخا یا ان کے طبعی تناؤ کی کمی، اس صورت میں خفیف درجہ کا جھوڑا عین رونما ہوتا ہے مگر اس حالت کو صادق جھوڑا عین نہیں کہتے۔

بعض موٹے اور فریبہ آدمیوں کی آنکھ طبعی طور پر باہر کو ابھری ہوئی معلوم ہوتی ہے۔

کوئین کے استعمال سے اجفان کا پیچھے کو ہٹ جانا۔ یہ حالت ”گیگما“ کے ابتدائی مراحج میں بھی دیکھی جاتی ہے۔ اس کے علاوہ دوسری صورتوں میں بھی جھوڑا عین سے مشابہ حالت پائی جاتی ہے مگر حقیقتاً ان صورتوں میں آنکھ صحتی حالت سے زیادہ باہر کو نکلی ہوئی نہیں ہوتی۔

صادق جھوڑا عین میں مجری انسجہ کے حجم میں زیادتی کی وجہ سے جو حالت پیدا ہوتی ہے اُس کا باعث ان انسجہ کے اندر انتہائی ترشح ہے جیسا کہ انتہاب منتشرہ میں ہوتا ہے۔ جمعی سلعات، عروقی امراض، مثلاً مجری شریانی دیریدی اور سم یا جوت کہنی کا منتشر مدہ، نزف الدم یا ضرب کی وجہ سے نتیج، ہی صادق جھوڑا عین کا باعث ہوتے ہیں۔ بڑی غلار کے چھوٹے ہو جانے سے جھوڑا عین اس وقت لاحق ہوتا ہے جبکہ انفی تجاویف کے امراض میں

مجر ماؤت ہو جاتا ہے یا کھوپڑی کی ہڈیاں بہت زیادہ اونچی ہو جاتی ہیں اکثر ایک آنکھ میں مجوز میں کی حالت پیدا ہوتی ہے مگر دونوں آنکھوں میں بھی ہو سکتی ہے مہیا کہ گھیر گائیں یا جوف کھنی کے تحشر کے آخری مہینے میں درج ہوتا ہے۔ عین میں التهاب پیدا ہو جائے یا مگر کے دونوں طرف یکساں سلعہ نمودار ہو، ان سب صورتوں میں دونوں آنکھوں میں مجوزا عین کی شکایت لاحق ہوتی ہے۔

مجر میں آنکھ کا دھنس جانا۔ (Enophthalmos) باعتبار مجوز میں کے یہ حالت بہت کم دیکھنے میں آتی ہے اور اس کے ساتھ اکثر ظاہری طور پر فحشہ عین چھوٹا دیکھا جاتا ہے بعض وقت بہت زیادہ لاغری میں بھی آنکھ مگر کے اندر دھنس جاتی ہے مہیا کہ دبائی ہینہ میں ہوتا ہے۔ شرکی اعصاب کا استرخ، عضب جہی کے ایک جانب کے استرخا میں بھی ایسا ہوتا ہے۔ مگر نایاں طور پر بہت زیادہ مگر کے اندر آنکھ کا دھنس جانا سوکت ہوا کرتا ہے جبکہ آنکھ پر گھونسا مارا گیا ہو یا شدید چوٹ لگی ہو۔ یا مگر کے زیرین کنارے پر شدید ضرب پونچی ہو، بہن کا خیال ہے کہ اس حالت میں چوٹ کے بعد مجر ہی انسجہ کا ضمور، خلف مقنی انسجہ کے اندر یعنی ندبی ساخت کا سکڑنا یا عضلہ طر کا استرخا جو کہ شرکی اعصاب کی ضرب سے رونما ہوتا ہے اس کا باعث بنتا ہے بعض اوقات مجر ہی دیواروں میں سے کوئی حصہ کسر کی وجہ سے اپنے طبعی مقام سے دب جاتا ہے جس کی وجہ سے یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے کبھی خلفی طور پر بھی آنکھ مگر کے اندر دھنسی ہوتی ہے اور خلف مقنی سلعات کے نکال دینے کے بعد بھی یہ حالت دیکھی گئی ہے۔

مجر ہی انسجہ کا التهاب منتشرہ۔ Orbital cellulitis . مگر کی غلوی انسجہ کے صدیدی التهاب میں مذرحہ ذیل علامات پائی جاتی ہیں۔

حمرا کی طرح اجفان متورم ہو جاتی ہیں۔ بالخصوص بالائی جفن میں مصلی انکاب اور مگر میں شدید درد ہوتا ہے جو کہ آنکھ پر دباؤ ڈالنے سے بڑھ جاتا ہے۔ چہرے کے اعصاب میں درد شدید ہوتا ہے۔ مجوز میں کی حالت پائی جاتی ہے اور اس کے ساتھ تمام اطراف میں آنکھ کی حرکات مسدود ہو جاتی ہیں۔ تیز بخار ہوتا ہے بعض وقت درد سر اور سقے بھی لاحق ہوتی ہے۔

بصارت اکثر نہیں ماؤت ہوتی۔ مگر جب التهاب عصب یا صرہ بھی لاحق ہو جائے تو وقت ہو جاتی کہ موزر مگر

صورت میں مدد میں پہل جاتا ہے۔ قرنیہ اکثر جزئی یا کلی طور پر بے حس ہوتا ہے۔

معدنیہ میں معدیہ کو جبکہ وہ مقدیمین اور مخرج کے درمیان اندر کی طرف اپنی شہادت کی اٹکی سے دباتا ہے تو کم و بیش سختی یا سلف یا درم نمسوس ہوتا ہے۔ یہ درم آہستہ آہستہ ایک طرف کو بڑھتا ہے اور اس مقام پر جلد سنج ہو جاتی ہے محسوس کرنے پر نوج صفت معلوم ہوتا ہے۔ بالآخر خراج پھوٹ جاتا ہے یہ سوراخ مخرج کے اندر والے بالائی زونے کے پاس ہوتا ہے۔ اکثر مخرج اپنی طبعی حالت پر آ جاتا ہے۔ مگر بعض حالتوں میں عصب یا صرہ کا کلی صورت یا حق ہو جاتا ہے۔ بغیر پیپ پیدا ہونے سے بھی یہ حالت اچھی ہوتی دیکھی گئی ہے۔ مگر بعض صورتوں میں جوت کہنی کا تشہ ہو جاتا ہے، التھاب سحائی یا دماغی خراج بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ مخرجی التھاب منتشرہ کی طرح صدیدی التھاب اس امین میں بھی اجفان کا نتیجہ اور اس کے اندر مصلی التھاب دیکھا جاتا ہے لیکن التھاب کل امین میں یہ حالت یا تو صدیدی التھاب جسم ہڈی و مینی کے بعد پیدا ہوتی ہے یا اسی کے ساتھ ہوا کرتی ہے اور اس کے قبل قرنیہ میں صدیدی التھاب ہو چکا ہوتا ہے۔

اسباب۔ (۱) بغیر کسی ظاہری سبب کے یہ حالت شروع ہو جاتی ہے غالباً اس کا باعث سردی گنا ہے، التھاب ذاتی مدوی سے لاحق ہوتا ہے۔

(۲) وہ زخم جن میں چھید ہو کر مدوی مخرجی النسیج تک پہنچتا ہے۔

(۳) مخرج کی چاروں طرف کی نیچوں میں التھاب شروع ہو کر مخرج تک پہنچتا ہے۔ جیسا کہ الحما

(سرخاؤ) میں اور ماؤف دانت سے بتولیت مصفاتی کے ذریعہ ہوا کرتا ہے۔

(۴) جراثیمی سدہ مخرج میں آکر رک جائے (تقیع الدم)

(۵) بعض متعدی بخاروں مثلاً حمی قرمز، حمی معویہ، صدیدی التھاب سحائی، انفلوانزا وغیرہ میں بطور قحط کے ہوتا ہے۔

مخرج کا منتشر التھاب قرب وجوار کی ساختوں سے شروع ہو کر مخرج تک پہنچتا ہے اور اکثر جوت جیہی ماؤف ہوتا ہے۔ اس کے بعد جوت مصفاتی، پھر بالائی تنگی جوت کا منبر آتا ہے۔

علاج۔ تنہا علویہ پریش نگائی جائے یا گرم نگیدی جائے، اور جب پیپ پیدا ہو جائے تو جب قدر جلد

لیکن ہوشگاف دسے کر اس کو غایت کر دیا جائے شگاف نچر کی دیور کے ساتھ ساتھ دوسرے شگاف سے چاہئے، مگر یہ خیال رکھا جائے کہ ہضم و ریزہ میں کی طرہ (Dialysis) کو مدد نہ چاہئے۔ شگاف سے بہت کو خوب صاف کر دیں اور مواد کی نکاسی کا مقول انتظام کریں، جو وقت کو صاف کر سکتے ہیں۔ یہ جن پر کسانڈ استعمال کریں، ابتدائی مہینے میں جی جیک بہت زیادہ درمیان اور جھوڑا عین کی حالت میں ہوں اور الٹاب کو کم کر سنے کے گھر سے شگاف دیں۔ لیکن مفلوک کی پتی میں درہ سے تیز ہے۔ گھپپ میں ہونے ہو تو اس کو باہر خارج ہونے کا موقع دیں اور شگاف کے ذریعہ اس کے نکلنے کا راستہ کھلا کر دیں۔

انفی تجوید کا شریعت میں مناسب علاج کر لیتے بعد مشاہدہ کیا گیا ہے کہ گھپپ نہیں پیدا ہوتی۔ ورنہ آپریشن کی ضرورت پڑتی ہے۔ مقامی علاج کے علاوہ عمومی علاج بھی طاقت بڑھانے کے لیے باری رکھتے

غلط ٹیناں کا الٹاب - (Tononitis)

یہ حالت شاذ و نادر پائی جاتی ہے اس کی علامتیں اوسط درجہ کے مقدم مچھری الٹاب منتشرہ کی علامتوں سے مشابہ ہوتی ہیں۔ تجویز الٹاب کی علاج ٹیناں بھی، جفان تورم اور سرخ ہو جاتی ہیں کسی قدر جھوڑا عین پایا جاتا ہے مگر سندھ میں کی حرکات متبادل بہت سارے ہو جاتی ہیں۔ نچر سے مواد کا اخراج بالکل نہیں ہوتا۔

تشنیف کا دار و مدار خفیف جھوڑا عین پر ہوتا ہے جس کے ساتھ مقدم عین کی حرکات بہت زیادہ محدود ہوتی ہیں، اور انسکاب الدم بہت زیادہ پایا جاتا ہے۔ ابتدائی مہینے میں الٹابی علامات کے نمایاں ہونے سے قبل مچھ کے گرد مرفق کو شدید عین دور محسوس ہوتا ہے جس کے بعد انگوٹھ پر دباؤ اور بوجھ کا احساس ہوتا ہے۔ کچھ کو حرکت دینے میں بھی درد بہت زیادہ ہوتا ہے اسی وجہ سے مریض اپنی آنکھوں کو بند رکھتا ہے اور بالکل حرکت نہیں دیتا۔ ایک آنکھ ماؤٹ ہوتی ہے اور دونوں آنکھیں بھی ماؤٹ ہو سکتی ہیں۔ بار بار مریض کا عارہ ہی لیکن ہے۔

بصارت پر اس کا کچھ اثر نہیں پڑتا۔ مچھ کے الٹاب منتشرہ کے مقابلہ میں بخار اور مریض کی علامتیں بہت خفیف ہوتی ہیں۔ انداز مریض اچھا ہوتا ہے، ایک ہفتہ میں شفا حاصل ہو جاتی ہے، جفان، وقت تیزی باقی ہوتا ہے اور نچر کے نیچے خراج پیدا ہو جاتا ہے جو کہ اوپر اور اندر کی طرف پھوٹتا ہے۔ مصل اور مدیدی قسم کے مادہ

اس کتاب کی نرمن و رکون حالت ہی پائی جاتی ہے اور یہ شدید التهاب جسم دہی و مہنی میں ہو سکتی ہے اس کے علاوہ معدیہ التهاب کل العین میں ہمیشہ پائی جاتی ہے۔

اسباب - نرمن و دانرم (جس کے ساتھ کبھی مفاصل کے اندر مصلی ترشح بھی ہوتا ہے)، انفلو انزا اور شاذ و نادرہ دن بھی اس کا باعث ہوتا ہے۔

علاج - گرم کمادات کی جائیں، ہلکی پٹی باندھی جائے، سوڈا سیلیسلیٹ، اسپرین وغیرہ کھانے کو دیجائے اسرار کو صاف کرنے کے لئے طین یا سہل دوائیں دیں اکوٹین دیں (Mixed infection phyllocogen) کی تعلقات کی جائیں۔

جوف کھنی کا تختہ - (انسداد) مختلف اطراف کی وریدوں میں تختہ پیدا ہو کر جوف کھنی تک بھی تجاوز کر سکتا ہے لہذا سب سے پہلے ہم کو ان وریدی راستوں کی تشریح سے آگاہ ہونا چاہئے جو کہ جوف کھنی سے متعلق ہیں تاکہ اس مرضی حالت کے متعلق صحیح طور پر معلومات حاصل ہو سکیں۔

بالائی اور زیرین مینی وریدیں جوف کھنی میں سامنے کی طرف آکر نکلتی ہیں، اور بالائی و زیرین تجاویف صخری (Petrosal sinuses) کے پچھلی طرف سے نکلتی ہیں، جوف کھنی بلا واسطہ جراحی شبکہ وریدی سے درمیانی سمائی وریدوں کے ذریعہ ملتا ہے اور ”وریدی سالیس“ (Vein of vesalius) سے متعلق ہو جاتا ہے۔ اور بالواسطہ جوف کھنی ایک درمیانی ورید (جو کہ زیرین ورید عینی اور جراحی شبکہ کے درمیان ہوتی ہے) کے ذریعہ متعلق ہوتا ہے۔

یعنی اور دو کے اتصالات جو کہ جہی اور زراوی وریدوں کے ساتھ ہوتے ہیں ان کے ذریعہ یہ جوف چہرہ سے متعلق ہوتا ہے۔ اور وہ تہمتہ (Labyrinthine veins) جو کہ زیرین صخری جوف میں نکلتی ہیں اور ان کے ذریعہ وسط اذن کی اور وہ کے ساتھ اس کا متعلق ہوتا ہے۔

اس کے علاوہ اور متعدد شاخیں جوف کھنی کو بلا واسطہ یا بالواسطہ اکثر حصص دماغ کے ساتھ متعلق کرتی ہیں، جوف کھنی کو ذریعہ مینی (Mastoid emissary vein) کان کے پیچھے کی زیر بلدی ساختوں سے جوف مینی و بالائی جوف صخری کے ذریعہ متعلق کرتی ہے۔ یہ جوف کھنی کا تشفی کے واسطے بہت اہمیت رکھتا ہے

کیونکہ کان کے پیچھے اگر درد ہو تو اس کی وجہ سے مختلف اطراف کے تخشہ کے تعلق جو مختلف ہوں۔ یہ درد ہو جائیگا کہہ سکتے ہیں۔ ایک طرف کا جوت کمفی دوسری طرف کے جوت سے دو اور بعض اوقات تین یا چار طرف کے درد کے ذریعہ جو کہ فصدہ خامیہ کو گھیرتی ہیں ممتا ہے۔

مجرى اور وہ کے ذریعہ جوت کمفی میں مددی ہو سکتا ہے جیسا کہ انحراف اسر خباہہ چہ سے کے عقی فیخوب اور مجری التباب منتشرہ میں ہوتا ہے۔ ملی بذ القیاس منہ اور نگلے کے التباب منتشرہ کان اور ناک یا تجاویف زائدہ یا کسی دوسری جگہ کے عقی مراکز سے بھی جراثیمی سدہ جوت کمفی میں پونج سکتا ہے۔

جوت کمفی میں مددی ہو جانے کے بعد عذبتیں وہی ہوتی ہیں جو کہ مجری التباب منتشرہ کی ہوا کرتی ہیں۔ اگر اس کے علاوہ کان کے پیچھے صلی مقام پہنچ ہو تو تشخیص مکمل ہو جاتی ہے۔ کیونکہ یہ پہنچ باہر نکلنے والی درید کے تخشہ سے پیدا ہوتا ہے۔

دوسرا ضروری امر جو کہ تشخیص میں کام آتا ہے یہ ہے کہ اس کی سب علامتیں دوسری آنکھ میں منتقل ہو پاتی ہیں۔ اور یہ انتقال علامات تقریباً ۵ فیصدی مریضوں میں مشاہدہ کیا جاتا ہے۔ ورنہ دونوں آنکھوں کا فلوئی التباب منتشرہ شاذ و نادر ہی دیکھا جاتا ہے۔

پہلی علامت دوسری آنکھ کے عضلہ مستقیمہ وحشیہ کا استرخا ہے اسی لئے اس استرخا کی جانب توجہ مبذول کرنا ضروری ہے اگر ایک آنکھ میں التبابی حموز العین لاحق ہو تو دوسری آنکھ میں اس کے مذکورہ عضلہ کے استرخا کا معائنہ کرتے رہیں کیونکہ اس کا ظاہر ہونا اس امر کی پہلی علامت ہے کہ دوسری طرف التباب منتقل ہو گیا ہے۔ یہ بھی یاد رکھنا چاہئے کہ جوت کمفی کا تخشہ التباب فلوئی کے ساتھ بطور عوارض کے بھی لاحق ہو سکتا ہے۔

مجر کے بالائی حصہ میں شدید درد ہوتا ہے جس کی وجہ سے عصب فاس کی عینی شاخ ماؤف ہو جاتی ہے جی کے ساتھ آنکھ کے محرک عضلات میں بھی عارضی پاقصل استرخا پیدا ہو جاتا ہے۔ آخری مایج میں آنکھ غیر متحرک ہو جاتی ہے۔ حدقہ عین پھیلا ہوا اور قرنیہ بے حس ہوتا ہے۔ ہر ایک مریض میں آنکھ باہر کو ابھرتی ہے مگر کان سے جب اس تخشہ کی ابتداء ہوتی ہو تو یہ حالت آخری مایج میں پیدا ہوتی ہے۔ اکثر ماہرین بیان کرتے ہیں کہ اس حالت میں شبکیہ کی دریدیں خون سے پر نظر آتی ہیں لیکن ہمارا تجربہ یہ ہے کہ اکثر مریضوں میں ایسا نہیں ہوتا۔

اگر یہ میں خون سے پُر ہوں تو قرص بصری میں شدید التهاب ہو جاتا ہے۔ اور یہ دونوں علامتیں نالت
بہرہ اور دہلیز اسبہ اور دہلیز بہت زیادہ مادی ہو چکی ہیں۔

ایک ہی وقت میں دونوں طرف کے جوف کہنی کا تختہ (جس کے ساتھ قرص بصری کا التهاب بھی موجود ہو
تھیں باہر کو بھڑکتی تھیں) جوف سفیدی کے امراض میں دیکھا جاتا ہے۔

بہت کان سے تجویز کر کے جوف کہنی میں تختہ ہوتا ہے تو قرص بصری کا نمایاں نتیجہ ایک خاص علامت جوتی
ستہیں کا مصلب یہ ہوتا ہے کہ استباب سخانی یا خراج دماغی پیدا ہو چکا ہے۔ یہ حالت دونوں طرف ہوتی ہے
نور و دت کان کی طرف زیادہ نمایاں ہوا کرتی ہے۔

جوف کہنی کے تختہ کے ساتھ خطرناک عمومی علامات بھی پائی جاتی ہیں۔ چنانچہ عینی بخار، قشعریرہ (استعداد)
تھے کا آثار، شدید دماغی علامات ظہور ہوتی ہیں۔ مریض اکثر مر جاتا ہے اور کوئی علاج مؤثر نہیں ثابت ہوتا۔

نخج کے اندر التهاب غشاء العظم (Periostitis) یہ مرض اکثر دیکھنے میں آتا ہے۔ عموماً
نخجی کنارہ مادی ہوتا ہے۔ اور اکثر ضرب یا چوٹ کے بعد یہ حالت دیکھی جاتی ہے۔ کبھی مجاورات کا التهاب ٹھکر
نخجی مادی مادی ہوتا ہے۔ تدرن اور آتشک بھی اس کا سبب ہو سکتے ہیں۔

یوں میں اس کا اکثری سبب تدرن اور جوانوں میں آتشک ہوتا ہے۔ بچوں میں اس کے نتیجہ کے طور پر
"نخج-ظہر" (Canes of the bone) مادی ہو جاتا ہے۔ اور آتشک میں ادرام صغیہ ظاہر ہوتے ہیں۔

بہت چوٹ کی وجہ سے یہ حالت پیدا ہو تو ظاہر ہے کہ نخجی کنارے زیادہ مادی ہونگے، دوسری صورتوں
میں بھی چوٹ ہی سبب محک ہوتی ہے۔ لہذا اکثر نخجی کنارے ہی مادی ہوا کرتے ہیں۔ مقام مادی مادی مادی اور

مادی ہوتا ہے۔ مادی کا تعلق ہڈی سے ہوا کرتا ہے یہی وجہ ہے کہ اگر درم کو حرکت دینے کی کوشش کی جائے تو
بہت ہی کم اور حرکت نہیں کرتا۔ آتشک کی وجہ سے جب ورام صغیہ پیدا ہوں تو مناسب علاج سے بہت جلد فائدہ

ہو جاتا ہے۔ دوسری حالتوں میں نتیجہ پیدا ہو جاتا ہے۔ خراج بن جاتا ہے اور جب یہ پھوٹتا ہے یا اس میں
مادی ہوتا ہے تو زخم کے مینڈے میں پردہ کے ذریعہ نگلی ہڈی محسوس ہو سکتی ہے۔

دری مریض میں اس صورباتی رہ جاتا ہے اور زخم کے کنارے ہڈی کے ساتھ متعلق ہو جاتے ہیں۔ اس طرح

مقام ماؤف پر یعنی مذہبی سائنس کی بنیاد کے بعد گڑھا پڑ جاتا ہے۔ جب تک ضرب پانی کو بہاں نہیں دینا جاسکے نا صورتی رہتا ہے، اگر اس کو کواۃ سے بدلایا جائے تو اجفان اپنی بیسی اس سے بہاں ہوتی ہیں اور التواء جن وغیرہ پیدا ہو جاتا ہے۔

مجرى فائبر حصص کی غشاء اعظم کے انتہا میں علامات کم نظر ہوتی ہیں۔ درد گہ انی میں ہوتا ہے ممکن ہے کہ اس صورت میں آنکھ بہر کی طرف ابھری ہوئی ہو۔ اور اپنی طبعی وضع کو پھوڑ کر ایک طرف کو پھرنے لگتی ہو۔ اور امضمغیہ میں مجر کا اوپر کا حصہ رجعت اکثر ماؤف ہوتا ہے۔ اور آنکھ نیچے کو پھرنے لگتی ہے۔ آنکھ کی حرکات بہت جلد غائب ہو جاتی ہیں کیونکہ بیرونی عضلات مشتمل ماؤف ہو جاتے ہیں مجر کے بالائی حصہ میں شدید عصبی درد ہوتا ہے جو کہ رات کے وقت زیادہ تکلیف دہ ہو جاتا ہے۔ مرض کی اہمیت کا صحیح اندازہ اکثر ایسی وقت ہوتا ہے جبکہ آپریشن کر کے دیکھا جائے کہ کیا تغیرات ہوئے ہیں اور کس قسم کا ورم ہے یا پیچھے کھینچنے پر اندازہ ہو سکتا ہے۔ ان مریضوں میں اکثر مجری انتاب منتشرہ کی علامات پائی جاتی ہیں۔ اگر مجر کی چھت ماؤف ہو تو ممکن ہے کہ پپ جھجہ کے اندر پہنچ کر نکلے۔ اس صورت میں انتاب سمائی یا دماغی خراج کی وجہ سے زندگی خطرہ میں پڑ جاتی ہے۔

علاج۔ سبب کے مطابق کرنا چاہئے، آتشکی مریضوں کو "پوئاسیم آیوڈائیڈ" لینے کے علاوہ آتشک کا دوسرا قوی علاج بھی کیا جائے، چوت و ضرب کے بعد کی مرضی حالتوں میں اگر تفتیح پیدا ہو جائے تو خراج کو شگاف دے کر پپ کو نکال دیں اگر ضرورت ہو تو اس کے قبل گرم تکیدات سے کام لیا جائے۔

مجرى فائبر انتاب غشاء اعظم میں تشخیصی تحقیق کے لئے آپریشن کر کے دیکھا جائے، ایسے آپریشن کو زیادہ دیر تک ملتوی کرنا مناسب نہیں ہوتا۔ اس کا طریقہ یہ ہے کہ مجری کنارے پر ایک شگاف دیں اور شستہ کو احتیاط سے فائبر انتاب میں داخل کریں۔ مگر اندر داخل کرنے میں نشتر کی رفتار مجری دیوار کے متوازی ہو۔ شگاف کے مقام کی تعیین علامات کے اعتبار سے کی جائے۔ نا صورت والی چھٹی Sinus forceps کو شگاف کے اندر ڈال کر آگے لے جائیں اور اندر پہنچ کر اس کو کھول دیں اگر پپ موجود ہوگی تو اس طرح کرے سے باسانی خارج ہونے لگے گی۔ مذکورہ بالا تمام عمل جراحی میں اس امر کا خیال رکھیں کہ مجری انتاب کو ضرورت سے زیادہ نقصان

۔ ہونے اور یہ اسی وقت ممکن ہے جبکہ شکات میں نشتر کو مجھری دیوار کے ساتھ ساتھ اندر سے جائیں۔
 اگر پیپ فابج ہو تو مقلہ گزر (سادہ) کا ایک ٹکڑا دافع عفونت محلول میں تر کر کے اندر تک رکھ دیں
 یا کوئی ٹوب استعمال کریں ٹوب بہت پتی ہو تاکہ پیپ کے اخراج میں کسی طرح رکاوٹ نہ پیدا ہو۔ اگر مجھری کی
 اندرونی دیوار میں التهاب ہو تو ممکن ہے کہ ہڈی بہت دور تک مادت ہو چکی ہو۔ شدید عمل جراحی بس میں تجا دین
 جیسے یا تجا دین مصفاہی کو کھولنا پڑتا ہے ممکن ہے کہ انجام دینا پڑے اور اس امر کا بھی امکان ہے کہ اخراج مواد
 کا انتظام ناک کے راستے سے کرنے کی ضرورت محسوس ہو۔

اس قسم کے امراض عموماً اچھے ہو جاتے ہیں، بچوں میں جب اندرون مجھری مدوی لاحق ہوتا ہے تو تشخیصی
 تحقیق کے لئے جو آپریشن کرنے پڑتے ہیں وہ مشکل ہوتے ہیں۔ اور یہ مشکل جوانوں میں نہیں پیش آتی۔ کیونکہ بچوں
 کی آنکھ جوانوں کے مقابلہ میں نسبت بھر کے کسی قدر بڑی ہوتی ہے۔ اس وجہ سے ان کے مقلہ چشم اور مجھری دیوار
 کے درمیان عمل جراحی کے لئے بہت گھوڑی جگہ باقی رہتی ہے۔

بعض اوقات مزمن التهاب غشاء اعظم بھی مجھری لاحق ہوتا ہے۔ اس میں پیپ بالکل نہیں پیدا ہوتا
 اور یہ حالت ان لوگوں میں دیکھی جاتی ہے جن کے اندر روماتزم کی جانب زیادہ میلان ہوتا ہے۔ اس التهاب
 میں مجھری کے زرد و درد ہوتا ہے اور مقلہ میں کودا بنے پر تالم کا احساس ہوتا ہے۔ گزرجو العین یا دوسری بیڑنی
 علامتیں مفقود ہوتی ہیں۔

انذار مرض۔ اچھا ہوتا ہے۔

علاج۔ روماتزم کا عمومی علاج کیا جائے۔ مقامی طور پر گرم کمکدات استعمال کی جائیں۔ وکسینی
 علاج کیا جائے، اور فی التهاب غشاء اعظم کے ساتھ مجھری کے زیرین حصہ کی ہڈی بھی مردہ ہو جاتی ہے، یہ بھی
 ممکن ہے کہ پہلے یہ مرض ہڈی میں شروع ہو بعض اوقات آتشک کے آخری مرحلے میں ایسا بھی کھیا گیا ہے۔
 غشاء اعظم یا ہڈی کی موت مجھری ہڈیوں میں ہر جگہ سے شروع ہو سکتی ہے۔ گزرجو بیشتر پہلے مجھری کنارے اور
 باہر یا نیچے اور باہر کی طرف مادت ہوتے ہیں۔

علاج۔ مقامی علاج کے ساتھ زرد و طریقہ پر عمومی علاج بھی کیا جائے۔

مجر کی ضرب - زخم انڈی کے زخم جو مچھر کے بالائی حصے کو، وٹ کرتے ہیں، ضرب ناس کی پانی
 مجری شیخ کو صدمہ پہنچتا ہے، ان کی وجہ سے ان کا کسی اندھا پن پیدا ہو جاتا ہے۔ مگر بے شک اسے بے
 کا مال بھی جراثیم میں بیٹ گیا ہے، ان میں اندھا پن لاحق ہونے کی وجہ ضرب پانی ضرب
 رشتہ بھری کے اندر جو *come down* یا ثقبہ بھری کے کنارے کی بڑی کانٹے سے
 وٹاؤ کی وجہ سے ضرب پانی وٹ ہو جاتا ہے۔

مجری نشت، بھنگ کا لہٹا، خود آنکھ کا ضرب کی وجہ سے وٹ ہونا۔ چہرہ کا سرخ ہو جانا، نذر
 جھجھکا، غصہ وغیرہ وغیرہ ہی اس کا سبب بنتے ہیں۔ یہ بھی ممکن ہے کہ ایسے مریضوں میں شعلی اندھا پن پیش
 طور پر لاحق ہو، ورنہ ان کی اجفان کے مسلسل انقباض نیز آنکھ کے بند رہنے کی وجہ سے یہ حالت پیدا ہوتی ہو۔
 آنکھ کے اندر جھجھکا کر کے واسے زخم یا مخصوص مچھر کی چھت میں جروح و خراہے جو کہ اجفان کو چھپسید کر
 وہاں تک پہنچتے ہیں ان میں غیب اجسام کا مچھر تک پہنچ کر وہیں رہ جاتا، خطرناک صورت اختیار کر سکتا
 ہے۔ اور ان سے منتشرہ التاب خلوی شروع ہو جاتا ہے۔ اگر جھجھکا کے والی چیز نوک دار و ریز ہو جو کہ
 ذرا طاقت کے ساتھ آنکھ کے اندر گھسی ہو، یہ کہ باریک توار کا پھل تو ممکن ہے کہ یہ عصب پانچہ کو بھی کٹ
 دے، یا عضلات کو بھی نقصان پہنچ جائے۔ یا مچھر کی غلطی دیوار سے گذر کر دماغ میں گھس جائے ورنہ
 ثابت ہو۔

یہ عجیب بات ہے کہ مچھر کے اندر بڑے بڑے غریب اجسام "مثلاً کڑی کے بڑے کڑے" بھی چھپ
 جاتے ہیں اور یہ بعض اوقات ہفتوں تک اندر ہی پڑے رہتے ہیں۔ ایک مریض کے مچھر کے اندر مہینوں سے
 ٹکرا پڑا رہا اور اس کی وجہ سے استہاب بھی نہیں پیدا ہوا۔

ان میں سے پہلی صورت میں جبکہ مہینوں سے حالت قائم رہی، مجوز لعین بھی نہیں لاحق ہوا۔ تجربے اندر
 شدید ضرب سے نزف الدم بھی رونما ہو سکتا ہے۔ اور اس کی وجہ سے مجوز لعین یا دباؤ کے ماتحت نثر
 و عصب باصرہ لاحق ہو سکتا ہے۔

اس قسم کا نزف الدم اکثر اوقات پیدائش کے سلسلہ میں بچوں میں دیکھ جاتا ہے جس کا باورہ میں ملتا

کی خرابی ہوتی ہے بالخصوص جن مانتوں میں ”بڑے فار سپس“ کے ذریعہ مصنوعی طور پر وضع حل کرایا جائے۔

مرضی ماؤت شراین سے بھی یکایک نرف الدم شرع ہو جاتا ہے۔ کالی کھانسی، نرفی میلان (استعداد)

اسی طح نرفی جدری غشار اعظم کے نیچے نرف الدم کا ہونا۔ جو کہ مرض بارلو میں دیکھا جاتا ہے۔

آنکھ پر چوٹ لگنے سے اور گھونٹا مارنے سے بھی آنکھ کی نرم انسجہ میں نرف الدم ہونے لگتا ہے جس کی

وجہ سے آنکھ نیلی ہو جاتی ہے۔ کسی کند آئے سے چوٹ لگنے پر بھی آنکھ کی چاروں طرف کی انسجیں اسی قسم کی

نیلی ہو جاتی ہیں۔ ضرب پونچانے والی شے کو مجھری کنارے اپنے اوپر روک کر چوٹ کی زیادتی کو کم کرتے

ہیں۔ مجھری کناروں اور ضرب پونچانے والی شے کے درمیان مجھری نرم انسجیں آکر مضروب ہو جاتی ہیں

لیکن خود آنکھ اس ضرب سے بچ جاتی ہے۔ اگر ضرب پونچانے والا آلہ چھوٹا اور تیز ہو تو مجھری کے اندر

داخل ہو جاتا ہے۔ اور مقلہ عین کو نقصان پونچا دیتا ہے۔ ایسی صورت میں باہر کی انسجہ پر چوٹ کم لگتی

ہے۔ اور کبھی بالکل ہی نہیں لگتی۔

مجھری پٹیوں کے غائر کسور جو کہ نقبہ بصری کے نزدیک واقع ہوتے ہیں۔ ان کی وجہ سے بھی عصب باصرہ

کا صنوبر لائق ہو سکتا ہے مگر ان میں کوئی علامت نہیں پائی جاتی۔ ممکن ہے کہ صنوبر چند ہفتوں تک بالکل ظاہر

سی سے سر کی تمام چوٹوں میں انداز مرض کے متعلق غور و فکر کے بعد کوئی فیصلہ کرنا چاہئے۔

جب عصب باصرہ کا صنوبر چوٹ کا نتیجہ ہو اور عصب باصرہ کے عذات کے اندر نرف الدم رونما ہو تو

مرض بصری کے گرد گہرے رنگ کا خاکستری حلقہ نظر آتا ہے۔

مجھری اندر دنی ساختوں میں ہوا کا داخل ہونا۔ یا اجفان کے نیچے ہوا کا پونچ جانا یا دونوں کے اندر

اس کا پایا جانا غظم المصفاة میں چوٹ لگنے اور اس کی کسر کی وجہ سے ہوا کرتا ہے۔ قفاۃ دمی کے اوپر

کی غشار کے پھٹ جانے سے بھی ایسا ہو سکتا ہے۔ مجھری ضرب سے مقلہ عین کو بھی نقصان پونچ سکتا ہے

یہاں تک کہ یہ اپنی جگہ سے ہٹ بھی سکتا ہے، شاذ و نادر فاطر العقل افراد اپنی انگلیوں سے ایک یا دونوں

آنکھیں باہر نکال دیتے ہیں۔ میں نے ایسے ایک مریض کو دیکھا ہے۔

علاج۔ مجھری کے امد کے غریب جام کی ”اکس ریز“ کے ذریعہ تصویر لیکر جس طرف سے وہ داخل

ہوئے ہوں اس طرف زخم کو بڑھا کر نکال دینا چاہئے، یہ دوسری صورت یہ ہے۔ مائے فوق کے ذریعہ راستہ بنا کر ان کو نکال دیا جائے، لیکن ہر حالت میں مددی کو روکنے کی تمام تدابیر پچھلے ہونا ضروری ہے تاکہ التهاب نہ پیدا ہو۔ یا اگر پیدا ہو جائے تو مدد ہی رہے اور جلد رفق ہو سکے۔

اگر زیر جلدی ساختوں میں ہوا داخل ہوگی جو تونک صاف کرت وقت احتیاط کریں ورنہ پیراڈ والی پٹی باندھ دیں تاکہ پچھے ہوئے مقام یا کسر کے راستے سے اور زیادہ ہو، زیر جلد ساختوں میں داخل ہو جائے۔

مجھڑ کے سلعات۔ مجھڑ میں شاذ و نادر ہی سلعات پیدا ہوتے ہیں، غیر خبیثہ سلعات میں سے جلدی اکیاس کے علاوہ جلدی شحمی سلعات، سلعہ عروقہ، سلعہ عظمیہ، سلعہ عصبیہ (ورم لیفی عصبی) فوق معنی سمائی وغیرہ شامل ہیں۔

ان میں سے جلدی اکیاس بطور اورام کے جفن کے نیچے پیدا ہوتی ہیں، اور اکثر باہر کی طرف بالائی زاویہ میں ہوتی ہیں۔ ان کی دیواروں میں شحمی جلدی غدود ہوتے ہیں، جن میں سے رطوبت نکل کر ان کے اندر جمع ہو جاتی ہے، ان اکیاس کے اندر کی طرف بشری ظلیات استر کرتے ہیں، اور دیواروں میں شحمی حویصلات کا استر ہوتا ہے۔ مرضی حیثیت سے ان کی تشخیف فوق معنی سمائی۔ سے بعض اوقات دشوار ہوتی ہے لیکن فوق معنی سمائی۔ اکثر اندرونی بالائی زاویہ پر ظاہر ہوتا ہے۔ اور اس جگہ اکثر ہڈیوں کے درمیان اتصالات قائم ہو جاتے ہیں۔ نیز فوق معنی سمائی کی صورت میں سلعہ ہڈیوں کے ساتھ مضبوط طریقہ پر متصق ہوتا ہے۔

(۲) ممکن ہے کہ جس جگہ یہ سلعہ جھجھکے اندر سے باہر نکلتا ہے اس جگہ سوراخ بھی محسوس ہو۔

(۳) اس سلعہ میں تنفس اور نبض کے ساتھ ضربان پایا جاتا ہے۔ اور کوئی نکتہ پر سلعہ بڑھ جاتا ہے۔

(۴) دباؤ سے سلعہ چھوٹا ہو جاتا ہے۔ کیونکہ اس کے اندر کایتاں مادہ جھجھکے اندر چھا جاتا ہے۔

(۵) سلعہ کے اندر سے سوئی کے ذریعہ اگر ستیاں مادہ نکال جائے تو یہ بالکل شفاف ہوتا ہے اور اس کے

اندر سائل معنی شوکی کی خصوصیات پائی جاتی ہیں۔

عظلی سلعات عظیم جہی سے پیدا ہوتے ہیں جو کہ بہت سخت اور اکثر حجم میں بہت بڑے ہوتے ہیں،

کے ساتھ مقدمین اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے۔

نچر کے خبیثہ سلعات۔ کثیرہ خبیثہ سلعات لحمیہ ہوتے ہیں، اند دومی سے بڑھکر بھی مجھ کے خبیثہ سرطانیہ سلعات پیدا ہو سکتے ہیں، تمام قسم کے سلعات لحمیہ ہو سکتے ہیں۔ چھوٹے گول غلیات و اسے سلعات میں سے سلعہ مفادویہ، دہلیز و اسے سلعات اور سرطان اخضر شامل ہیں۔

عصب باصرہ کے ابتدائی سلعات بھی مرضی حیثیت سے مجری سلعات کے طور پر ظاہر ہوتے ہیں۔ مگر شاذ و ندرت ہی پائے جاتے ہیں، ان کی دو قسمیں ہیں۔ رسلعہ عصبیہ، جو کہ شبکیہ کے سلعہ عصبیہ سے مشابہت رکھتی ہے۔ دوسری جھجکیں جن کا غلاف عصب باصرہ پر چڑھا ہوتا ہے ان کے درمیانی پرتوں سے پیدا ہوتے ہیں۔ انکے اندر منہ سے مشابہت بھی پانی جاتی ہے۔ اسی وجہ سے ان کو "مخاطی سلعہ لحمیہ خبیثہ" کہتے ہیں، ان سلعہ کے بیرونی جانب جو سلعات ہوتے ہیں وہ اس غشاء کے بیرونی حصے سے پیدا ہوتے ہیں، اور بشرہ باطنہ کے سلعات سے مشابہت رکھتے ہیں۔

عصب باصرہ کے جملہ سلعات بچوں میں عام طور پر پائے جاتے ہیں۔ اور صرف مقامی طور پر خبیثہ ہوتے ہیں۔ یعنی چاروں طرف کی مقامی ساختوں کو تباہ کر دیتے ہیں۔ ان سے دوسرے مقامات پر سدہ کے طور پر ثانوی سلعات نہیں بنتے، جب یہ عجیبہ کے اندر بڑھکر پھیلنے میں تو ہلاکت کا باعث ہوتے ہیں۔

مجری سلعات کی وجہ سے آنکھ اکثر باہر کو کھل آتی ہے، مگر عصب باصرہ کے سلعات میں ایسا نہیں ہوتا اور یہ سبب جسم تشخصی نقطہ ہے مجری سلعات میں آنکھ کا باہر کی طرف کو ابھرنا بتدیج نمایاں ہوتا ہے۔ یہ حالت ہمیشہ ایک ہی آنکھ میں پائی جاتی ہے، شاذ و نادر مفادویہ سلعات میں دونوں طرف ایک ساتھ بھی ایسا ہوتا ہے۔ اس کی وجہ سے زوجی بصارت پیدا ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ قرص بصری کا انتہا بھی لاحق ہو جائے یا محض عصب باصرہ کے سلعات میں جس طرف سلعہ موجود ہو اور آنکھ کی حرکات کم ہو جاتی ہیں۔ دوسری حالت میں عصب باصرہ کے اوپر دباؤ پڑنے سے صنوبر لاحق ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ انگلی سے سلعہ کا احاطہ ہو جائے یا جبکہ انگلی کو نچر اور مقلہ میں کے درمیان رکھ کر اندر کی طرف دبایا جائے، مفادویہ غلہ و شاذ و نادر ہی پیدا ہو سکتے ہیں۔

رخت روست کے حصص - عمدتہ نفی تجدیدیت، نمنہ ناک، ورنگے کو بغیر زنجیریں، زنجیریں نہیں، اس پر نظر آئے ہیں کہ ان نگاہوں سے توسل کی بند نہیں ہوتی، اور نچر، نامی، اور تہرے نہیں ہو کیا خود مجھ کے اندر سے اس کی بند ہوتی ہے؟ اگر عمارت شکوک ہوں تو اس پر زیادہ دیکھنا کریں۔

علاج - تشخیصی جستجو میں عمل جراحی سے کام میں، اور ایک حصہ سعد کا کات کرنا کریں اس کے بعد اس کے ترشوں کا خوردبینی معائنہ کریں اور پھر آپریشن کے ذریعہ سعد کا کلی ستیصال کر دیا جائے۔

ممکن ہے کہ بعض غیر خبیثہ سلعات کو اس طرح نکال دیا جائے کہ مقدمہ میں کو کوئی نقصان نہ ہو پختہ۔ مگر بہت بڑے رقبہ پر عمل جراحی کرنا پڑے تو خطا ہو جائے کہ کسی مدت تک اس کا اثر نگاہ کی حرکات پر مندرجہ ہو گا۔ مثلاً ہم ہون کر چکے ہیں کہ بھر کے اکثر سلعات میں مدہ کے ذریعہ ایک جگہ سے دوسری جگہ تک منتقل ہوا ہیں دیکھا گیا، اسی سے ان سلعات کا علاج زیادہ وسیع نہیں ہوتا، جتنا کہ دوسری جگہ کے سلعات کو ہو کرتا ہے۔

جوزا عین کی خاص حالتیں - "ٹھیکا" کثر جوزا عین کا سبب ہوتا ہے۔ اس میں غل میں مندرجہ درجہ عین پانی جاتی ہیں، آنکھ بڑھ کو نگی جاتی ہے۔ غدود رقیہ میں تنخم پیدا ہوتا ہے۔ اختلاج قصب کی تسکایت ہوتی ہے۔ اور غصلی ارتعاش ہوتا ہے۔ ہمیشہ دونوں آنکھیں باہر کو ابھری ہوتی ہیں اور ان کا اوپر سے قدر زیادہ ہو سکتا ہے کہ آنکھ بند نہیں ہو سکتی۔ مرین کی صورت ڈراؤنی ہوتی ہے۔ کیونکہ دونوں آنکھیں عجیب طریقہ پر نکلتی ہندہ کر دیکھتی ہوتی ہیں۔ اور اس لئے بھی خوف معلوم ہوتا ہے کہ دونوں آنکھیں طبعی حالت سے بہت زیادہ باہر کو نگی ہوتی ہیں۔

طبعی حالت میں اگر آنکھ کو نیچے کی طرف کیا جائے، تو بار بار فی جن آنکھ کے ساتھ نیچے کو آجاتی ہے۔ اور اس حالت میں نیچے کی طرف دیکھنے میں یا تو بار بار فی جن بالکل ہی نیچے کی طرف نہیں آتی یا نہایت آہستہ آہستہ آتی ہے، ممکن ہے کہ یہ مدتیں دوسرے وجوہ سے پیدا شدہ جوزا عین میں بھی پائی جائیں۔ مگر اپنی آنکھوں کو بہت کم جھپکا تا ہے (باعتبار طبعی حالت کے) اور آنکھ جھپکنے میں طبعی حالت سے کم بند ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ اس سے قاتی طاقت بھی کم ہو جائے، یعنی جلد پر تلویہی وجہ کثر دیکھے گئے ہیں منظر عین سے

معائنہ کرنے پر شبکیہ کے عروق یعنی وریدیں اور شریانیں کسی قدر پھولی ہوئی ہو سکتی ہیں۔ اور کوئی خاص علت اس بگڑنے میں پائی جاتی، بعض اوقات عضلات چشم میں سے عضلہ مستقیمہ وحشیہ کا استرخا رہی دیکھا گیا ہے۔ اس کی وجہ معلوم نہیں ہے، اکثر ماہرین کا خیال ہے کہ فذہ رقیہ کا فعل بڑھ جاتا ہے۔ یا اس کے اندر کی اور کسی خرابی کی وجہ سے ایسے اجزاء خون کے اندر شامل ہو جاتے ہیں جن سے یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے بعض ماہرین نے اس کی وجہ غنقی شرکی اعصاب کی خرابی کو بیان کیا ہے۔ اور بعض لوگ مرکزی نظام عصبی کے امراض کو اس کا باعث قرار دیتے ہیں۔

امراض چشم کے خصوصی معالج کے لئے ضروری ہے کہ وہ اس مرض کو تیز کر سکے، لہذا اس مرض کے متعلق مفصل معلومات کے لئے طبی کتاب میں ملاحظہ فرمائیں۔

ضربانی مجموعۃ العین اکثر شریانی وریدی انورسما کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ جو کہ اندرونی سبائی شریان اور جوت کہنی کے درمیان واقع ہوا کرتا ہے۔ آنکھ باہر کونگی ہوتی ہے۔ طمخہ کے دموی عروق منبسط ہوتے ہیں۔ اجفان پھلی ہوتی ہیں زاوی ورید اور اس کی شاخیں جو کہ اندرونی حقیقہ کے پاس ہوتی ہیں نمایاں ہو جاتی ہیں اور صاف دکھائی دینے لگتی ہیں۔ ان کے اندر شریانی ضربان کے ساتھ آسانی سے ضربان محسوس ہوتا ہے کیونکہ وریدوں اور شریانوں کے درمیان اتصال قائم ہو جاتا ہے۔ اور اس طرح شریانی منقطعہ ان میں منتقل ہو جاتا ہے۔ مریض کو ایسا شور سنائی دیتا ہے جیسا کہ آبشاروں کے پاس سننے میں آتا ہے، معالج بھی اس شور کو سماع الصدر کے ذریعہ سن سکتا ہے۔ جب کہ وہ آنکھ یا بچہ پر سماع الصدر لگا کر سنے، اگر مقلد میں یہ مسلسل دباؤ ڈالتے رہیں تو مجموعۃ العین میں کمی ہو جاتی ہے۔ اسی طرف کی شریان سبائی پر دباؤ ڈالنے سے بھی مجموعۃ العین میں کمی رونما ہوتی ہے، بعض اوقات دوسری طرف کی شریان سبائی پر دباؤ ڈالنے سے بھی ایسا ہوتا ہے۔

منظار میں کے ذریعہ معائنہ کرنے پر شبکیہ کی وریدیں بہت زیادہ پھولی ہوئی معلوم ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ کتاب قرص بصری موجود ہو۔ اور بصارت بالکل خراب ہو کر اندھا پن لاحق ہو جائے اور اس امر کا بھی امکان ہے کہ مصدب خاص کی شاخوں کے کھینچنے کی وجہ سے شدید درد محسوس ہو۔

شریانی اور سہا کا سبب زیادہ تر شدید چوٹ ہوتی ہے، لیکن ایسا بھی ہو سکتا ہے۔ ذرا سے سیٹے شریانی دیواریں مرضی حالت میں ہوں مثلاً آتشکی وجود یا دوسرے اسباب سے اُن میں تشکیب پیدا ہو گیا ہو اور وہی اس کا سبب ہو۔

بعض اوقات جھوڑا عین خود بخود یکا یک غائب ہو جاتا ہے لیکن کثر بڑھتا رہتا ہے، اور بار بار فرزت الدم ہونے لگتا ہے یا دماغی آفتوں کی وجہ سے موت لاحق ہوتی ہے۔

علاج۔ شریان سبانی پر مسلسل دباؤ ڈالنے سے اگرچہ جھوڑا عین عارضی طور پر کم ہو جاتا ہے مگر کبھی اور تشکیب شفا نہیں حاصل ہوتی، شریان سبانی پر بند لگا دینے سے زیادہ کامیابی ہوتی ہے۔ مگر اکثر شریان پھر واپس آ جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں دوسری طرف کی شریان سبانی کو بھی بانڈ دیں تو زیادہ بہتر ہے۔ مگر پہلے آپریشن کے چند ہفتوں کے بعد یہ عمل کیا جائے، کیونکہ دونوں طرف ایک ساتھ ایسا کرنے سے دماغی فقر الدم لاحق ہو سکتا ہے۔ اور پھر اس کے نتائج خطرناک ہو سکتے ہیں۔ اس امر کا بھی امکان ہے کہ مذکورہ دونوں عمل بھی ناکام ثابت ہوں ایسی صورت میں پھولی ہوئی وریدوں کو کات کر الگ کر دیا جائے مگر اس میں خطرات بہت زیادہ ہیں۔

آفات و حوادث چشم

بجلی کی وجہ سے آفات چشم | اگر ممالک میں ارضی و سماوی شدید طوفان جن میں بارش اور بادل کی گرج تڑپ بھی شامل ہے عام طور پر پائے جاتے ہیں۔ علاوہ ازیں اکثر بجلی گرتی بھی ہے۔ اس کی وجہ سے بھی آنکھ میں مختلف قسم کے عوارض رونما ہوتے ہیں جن کو ذیل میں بیان کیا جاتا ہے۔

(۱) التهاب ملتحمہ، قرنیہ و صلبیہ۔ التهاب طریق ہر بی و شیمی، التهاب عصب باصرہ،

(۲) شفاف واسطوں، (غزائہ مقدم، عدسہ، زجاجیہ وغیرہ) کے اندر تغیرات کا ظہور۔

(۳) آنکھ کے ہر حصہ میں ضرب و صدمہ پہنچ سکتا ہے۔

(۴) عصبی عوارض جن میں عصب باصرہ کا صغیر آنکھ کے بیرونی عضلات کا استرخار، اس کے علاوہ گرد و

دین کے اعصاب کا استرخاؤ بھی نہ ہو۔

مذکورہ بابا غوارض کو تجزیہ کرنے کے سے ضروری ہے کہ ہیکو پہلے یہ معلوم ہو جائے کہ بجلی کس طرح آئندہ کو تکلیف پہنچا سکتی ہے، اس میں تیرہ میں کہ موٹی بادلوں کی بجلی اور مختلف کارخانوں میں استعمال ہونے والی طاقتور کربانی روانہ دونوں کے اثرات مضر ہیں کوئی فرق نہیں ہوتا۔ بادلوں والی قدرتی بجلی کا اثر آنکھ پر حسب ذیل طریقہ پر ہوتا ہے۔

(۱) جبکہ بجلی کی وجہ سے اندر سے نڈر سے۔

(۲) نور کی شعاعوں کا گہریادی اثر۔

بجلی کی تیز چمک یا کربانی رو کے مثبت اور منفی قطبوں کے آپس میں ٹکرنے سے پیدا ہونے والی روشنی میں فوق بنفشی شعاعیں بہت زیادہ ہوتی ہیں۔ جن کا طعنے، قرنیہ اور اجفان پر بہت زیادہ اثر ہوتا ہے۔ کربانی التهاب شبکیہ بھی اس سے پیدا ہو سکتا ہے جس کی بناء پر آنکھ میں چند اور مدت میں کار زیادہ انقباض پیدا ہو جاتا ہے یہ حالت تیز روشنی کی وجہ سے پیدا ہونے والے ضعف بصر یا التهاب طعنے بہت زیادہ مشابہ ہوتی ہے۔

نور کی روشن شعاعوں کا اثر۔ بجلی کی چمک میں تیز روشنی کی وجہ سے شبکیہ اور شبکیہ ماؤف ہو سکتا ہے۔ ہم پہلے بیان کر چکے ہیں کہ آنکھ کے شفاف واسطے فوق بنفشی شعاعوں کو روک لیتے ہیں۔ مگر ممکن ہے کہ ایسا معمولی حالات میں ہوتا ہو اور غیر معمولی حالات میں یہ شعاعیں آنکھ کے اندر پہنچ کر تکلیف پیدا کرتی ہوں۔ اسکے علاوہ بجلی سے پیدا ہونے والے شدت میں روشن شعاعیں بھی اس قدر زیادہ ہوتی ہیں کہ ان کا اثر بھی ممکن ہے۔ اس کی وجہ سے میدان بصر میں متقل یا عارضی عتے پیدا ہو سکتے ہیں۔ اتقان، التهاب و ضمور عصب باصرہ بھی لاحق ہو سکتا ہے۔

جب بجلی خاص طور پر جسم کے اندر سے گزرتی ہے یعنی انسانی جسم پر گرتی ہے تو جسم کے اندر سے تیز کربانی رو کے گزرنے پر جسمانی تراشیدہ میں ایک قسم کا کربانی تجزیہ ہو سکتا ہے۔ خواہ یہ تھوڑی ہی دیر تک کیوں نہ قائم رہے۔ ایسے اشخاص میں نزول المار یا ضمور عصب باصرہ مہینوں اور ہفتوں کے بعد دیکھا گیا ہے۔ ماہرین کا خیال ہے کہ یہ کربانی رو کے گزرنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس کا سبب یہ نہیں ہے کہ گرمی کی شعاعوں کا اثر ہوتا ہو

دی میں نفل پیدا ہوتا ہے۔ جس عضو کی شبیہیں اس قدر ماؤف ہو جائیں اُس کے افعال میں خرابی ضرور لاحق ہو جاتی ہے اس آخری قسم کی آفت میں انتفاق کے علاوہ مدہ کی ضربات جن کی وجہ سے موت یا بند پیدا ہوتا ہے علیٰ ہذا القیاس بجلی گرنے کے بعد استرخاء عضلی کا رونما ہونا اور اسی قسم کے دیگر عوارض بھی شامل ہیں۔

اس وقت تک جو کچھ بیان کیا گیا ہے اُس سے اجمالی طور پر یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ہمیشہ بجلی گرنے کے بعد جو عوارض رونما ہوتے ہیں اُن کو صحیح طور پر اس کی طرف منسوب کرنا ممکن نہیں کیونکہ اس سلسلہ میں جو مختلف عناصر برسر کار ہوتے ہیں اُن کی توضیح بہت ہی پیچیدہ ہے۔ علاوہ بریں ہمارے تجربات کا دائرہ بھی بہت ہی تنگ ہے تاہم ذیل میں اُن تخلیقات و عوارض کو بیان کیا جاتا ہے جو کہ آنکھ کی مختلف ساختوں میں رونما ہوتے ہیں۔

۱۔ **لمحہ و اجفان**۔ بجلی کی چمک جس کے ساتھ کڑک بھی شامل ہو۔ جب اس کی روشنی آنکھ پر پڑتی ہے تو چند گھنٹے کے بعد بعض اوقات مریض شکایت بیان کرتا ہے کہ اُس کے لمحہ میں ریت پڑ گئی ہے۔ آنکھ اور پیشانی میں درد کا احساس ہوتا ہے چونکہ لگتی ہے اور قرنیہ ماؤف ہوتا ہے۔

اجفان سرخ اور متورم ہوتی ہیں۔ لمحہ کا التهاب نمایاں ہوتا ہے جبکہ انقباض بہت زیادہ پایا جاتا ہے اور بعض مریضوں میں اجفان و لمحہ کے نیچے انکاب الدم بھی ہوتا ہے۔ ایک مریض میں زیر لمحہ نزف الدم بھی نکلا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ تمام عوارض بجلی کی روشنی کے کیمیادی اثر سے پیدا ہوتے ہوں۔

قرنیہ۔ ان مریضوں میں سے بعض کے لمحہ کے ساتھ قرنیہ بھی ماؤف ہوتا ہے اور اکثر مریضوں میں ذیل کے عوارض کا سبب اسی روشنی کی شعاعوں کا کیمیادی اثر ہوتا ہے۔ قرنیہ کی سطح ایسی مکرر ہو جاتی ہے جیسا کہ کسی شیشہ پر منہ سے بھاپ پھینکنے پر وہ گندلا ہو جاتا ہے۔ بصارت میں دھندلا پن پیدا ہو جاتا ہے اور چونکہ بہت زیادہ لگتی ہے بعض مریضوں میں ان کے قرنیہ کی سماپی حالت کا سبب قرنیہ کا فائرا ستباب ہوتا ہے جس کے ساتھ قرنیہ کے چاروں طرف احتقان پایا جاتا ہے۔ اور التهاب دہنی و منی کی ملاپیں بھی موجود ہوتی ہیں۔ تھوڑا بہت علم ہونے کے باوجود بھی ہم اس امر کے متعلق صحیح طور پر یقین کرنے سے قاصر رہتے ہیں کہ بجلی کی روشنی کے وہ کونسے حصص ہیں جو یہ اثر پیدا کرتے ہیں۔ ایک مریض میں اُس کے قرنیہ کی سماپی حالت کے ساتھ صلیبہ کے اندر بھی فائرا التهاب موجود تھا۔

غنیہ اور جسم ہدی۔ التاب غنیہ اور التاب یعنی قہم ہدی، عام طور پر کٹ وکٹ میں دیکھ جاتا ہے جن پر بجلی گرتی ہے۔ ان میں سے بعض کے خزانہ مقدم کے اندر خون کی موجودگی کا مشاہدہ ہی کیا جاتا ہے، تاہم یہ کے اندر بھی خون دیکھا گیا ہے۔ ان مریضوں میں سے صرف ایک مریض کے متعلق یہ شبہ تھا کہ اس کی یہ حالت بھلے گرنے کے نتیجہ میں نہیں پیدا ہوئی۔

یہی حالت مثبت منفی بجلی کے آپس میں ملنے سے بڑا شعلہ پیدا ہونے پر ایک مرتبہ ایک شخص کی آنکھ میں دیکھی گئی۔ اسپر بجلی بالکل نہیں گری تھی، اس نے محض بجلی کے شعلہ کی طرف دیکھا تھا۔

مذکورہ صورتوں میں نقصان پہنچنے کی وجہ۔ ضرب، کہ باقی تخریب، اور کیمیائی اثر وغیرہ ہو سکتے ہیں اس میں کوئی شک نہیں ہے کہ قریب فوق انتہائی شاعوں کو روک دیتا ہے مگر یہ فعل خاص حد تک انجام دیتا ہے اس کے بعد قریب کی یہ طاقت کام نہیں آتی یعنی ان شاعوں کا روکنا قریب کے قبضہ و اختیار سے باہر ہوتا ہے۔
عدسہ۔ بجلی کسی شخص پر گرنے کے بعد اس کو موتیا بند کال حق ہوتا ایک عام بات ہے، موتیا بند۔ کئی اور جزئی دونوں قسم کا ہو سکتا ہے۔ اور جزئی موتیا بند ترقی کر کے جی کٹی بن سکتا ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ یہ جزئی ہی رہے۔ شاید نادرا یا بھی دیکھا گیا ہے کہ موتیا بند خود بخود غائب بھی ہو گیا ہے۔

ایک آنکھ اور عام طور پر دونوں آنکھیں بھی اس سے ماؤت ہو سکتی ہیں۔ اس میں کوئی شک نہیں کہ عدسہ کے اندر مختلف قسم کی غیر شفاف حالتوں کا پایا جانا ممکن ہے کہ مختلف، سبب کا نتیجہ ہو۔ اس کو ہم ذیل میں تفصیل کے ساتھ بیان کرتے ہیں۔

کئی موتیا بند عام طور پر نرم ہوتا ہے۔ اور اس کی ابتداء فوراً ہی نہیں ہوتی بلکہ مختلف وقت گزرنے کے بعد ہوا کرتی ہے۔ یہ وقت ایک ہفتہ یا اس سے زائد کا ہو سکتا ہے۔ اس کے بعد موتیا بند کی ابتداء رست بیکر بچنے ہونے تک کا وقت مختلف ہو سکتا ہے۔ یہ دیکھا گیا ہے کہ ان مریضوں میں کمرہ کی عدسہ کے بعد بہت بعد التاب مہنی و ہدی پیدا ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ جن جانوروں میں ہم مصنوعی طور پر کمرہ کی عدسہ سے موتیا بند پیدا کرتے ہیں ان میں بھی پہلے التاب مہنی و ہدی شروع ہوتا ہے۔ ہدی احقان پایا جاتا ہے جس کے ساتھ صرف مدد مشارک ہوتا ہے۔ اس کے بعد ہفتہ سے ۳ برس تک کے عرصہ میں موتیا بند شروع ہو جاتا ہے۔ مذکورہ صورت

ہیں جو کہ سکتے ہیں کہ وہی نقاب وغیرہ اپنے شروع ہو کر موت یا بند کا باعث بنتا ہے یا دونوں حالتیں گہرائی
 عدم کی وجہ سے ایک ہی وقت میں شروع ہوتی ہیں مگر ان کا نمایاں طور پر یکے بعد دیگرے ہونا ہے۔
 ہم کو سمجھنا چاہیے کہ بلا واسطہ اثرات نقاب سے ہی موت یا بند پیدا ہوتا ہے۔ کیونکہ اس عدم سے
 قدرت عدم کے اندر نہیں پرچھتا، سوائے یہ ہو جاتا ہے جس کے راستے سے عدم کے اندر رطوبت مادی
 داخل ہو جاتی ہے۔ بہت ممکن ہے کہ گہرائی عدم کی وجہ سے بھی ایسا ہی واقعہ پیش آتا ہو۔

یہ خیال رکھنا چاہیے کہ شدید امتداد یعنی وہی ایک طرف تو عدم میں نہ گورہ تردد پیدا کر سکتا
 عام اس سے کہ ان اثرات کی وجہ سے پیدا ہونے والے موت یا بند کے ابتدائی مدتی کچھ پرستیدہ ہیں۔
 سو جب سے عدم کے اندر کے غیر ثقافت مقامات کے عدم تک نہ نظر آویں۔ اور دوسری طرف یہ غیر ثقافت
 جزئی مقامات یا نقاط یا خطوط یا شبکہ معیہ کی صورت اختیار کر سکتے ہیں۔ ہم پہلے بیان کر چکے ہیں کہ یہ موت
 کی وجہ سے غلط کا خاتمہ ہو سکتا ہے اور یہ بھی ممکن ہے کہ غلط عدم کی وجہ سے غلط
 جو ایسے موت یا بند یا غیر ثقافت مقامات عدم کے اندر ظاہر ہوں۔ اگر یہ تکلیف مقامی ہو تو اس کے منتہی
 مقامی ہونگے۔

موت خرقشہ موت یا بند۔ غالباً اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ بکلی گرسنے کے بعد خدش سے جسم ہر
 ماؤٹ ہو جاتا ہے اور اس کی وجہ سے عدم کا اندرونی تغذیہ خراب ہو جاتا ہے۔ لہذا اس قسم کا موت یا بند
 لاحق ہو جاتا ہے۔

ذکورہ بالا سطروں میں بھی گرسنے کی وجہ سے مختلف قسم کے موت یا بند کے پیدا ہونے کے وجوہ کے متعلق صرف
 خیال ہی کیا جاسکتا ہے یا ان کے متعلق ہماری معلومات صرف نظری حیثیت رکھتی ہیں۔ اور وہ سببیل ہو سکتی ہیں
 (۱) گہرائی عدم۔

(۲) ضرب۔

(۳) شعاعوں کا کیمیائی اثر۔

(۴) گہرائی عدم کی وجہ سے انسداد کی تخریب کے یہی وہ وجوہ ہیں جو ان مختلف اقسام کے موت یا بند کا باعث

سنتے ہیں۔

زجاجیہ - زجاجیہ کے اندر بھی غیر شفاف مادے یا سیاہی نازک تھیں اور اس کی سبب
 ذہنی اوقات یہ حالت اس قدر پھیلی جاتی ہے کہ مانی ہوتا ہے کہ اس کی سبب ہوجاتی ہے کہ اس
 سبب بعض کا سبب اس کا سبب ہوتی ہے یہ سبب شیمیہ یا سبب طبیعیہ ہوتا ہے اور بعض نازک مادہ سبب ہوتی
 ہیں ان کی حالت ہوتے ہیں کہ حادثہ کے بعد اس کی حالت ہوتی ہے اور بعض کا سبب مصلوح ہوتا
 ہے اس کی ہوتی ہے۔ چونکہ حادثہ کے وقت پہنچتی ہے۔

شبکیہ و شبکیہ - بعض مہرین سے مرکزی شبکیہ بھی شبکیہ کہی جاتی ہے جو نہ صرف بعض
 کی ایک کے بعد دیکھتے ہیں یا ہے بلکہ بجلی گرنے کے بعد بھی دیکھا گیا ہے کہ ان دونوں حالتوں میں
 سبب کیسا ہی ہوتا ہے بقاعدہ دوی پر تیز روشنی کی شعاع کا جہاز اس کو باعث ہے۔ یہ حالت گہرے کے مذہا
 بن سے مناسبت ہوتی ہے۔ رقیق حالت اس قدر ہوتا ہے کہ ان دونوں میں میں شبکیہ کا مبداء مختلف ہوتا ہے
 ان کی ایک میں سورج در دوسری میں برقی رو کا شعاع کی شعاعوں میں اختلاف بھی دیکھتے ہیں آیا ہے
 اس کا سبب بھی بھی کے گرنے کی وجہ سے شدید قسم کی ضرب ہے۔ اس وجہ سے شبکیہ رقیق الدم و رونا ہوتا ہے
 یا دونوں آنکھوں میں شبکیہ اپنے مقام سے اٹھ جاتا ہے۔

عصب باصرہ - عصب باصرہ کے اندر بھی خطرناک تبدیلیاں رونما ہوتی ہیں۔ شروع میں اس کے
 اندر اختلاف پیدا جاتا ہے، التهاب عصبی بھی لاحق ہوتا ہے۔ اس کے کچھ عرصہ کے بعد عصب باصرہ مضمور ہوجاتا
 ہے جس کی وجہ سے قرص بصری جزئی طور پر مآؤف ہوجاتی ہے۔ شروع میں بعبارت احمر مزدار ہوتی ہے اس کے
 بعد دونوں آنکھوں کا میدان بصر سکڑ جاتا ہے، اور اسی کے ساتھ مرکزی بصارت کوئی بھی خراب ہوجاتی ہے
 زرق المار - اب تک صرف ایک مریض ایسا دیکھنے میں آیا ہے جس پر پہلی گرنے کے بعد
 زرق المار لاحق ہوا۔ اور مریض کو اس مرض سے ۴ ہفتہ کے بعد نجات حاصل ہوئی۔ یہ زرق المار اسباب
 طریقہ ہر دو کے بعد ثانوی طور پر لاحق ہوا، ایسی صورت میں عارضی طور پر تو تریس کا بڑھ جانا ممکن ہے۔
 بالخصوص اس وقت یہ حالت اکثر مریضوں میں دیکھی جاتی ہے۔ جبکہ معالج جستجو میں رہتے درغور سے

ان مریضوں کی آنکھ کا معائنہ کرے ۔

آنکھ کے خارجی عضلات کا استرخاؤ۔ خارجی عضلات چشم کا استرخاؤ بھی مختلف ماہرین کے مشاہدہ میں آیا ہے۔ اس کی وجہ عصبی یا عضلی ساختوں کا مضروب ہو جانا ہے۔ بہت ممکن ہے کہ ان ساختوں میں سے دونوں کو ضرب پہونچے نہ است ایسا ہو۔ اس صورت میں مدد مین کا شدید انقباض قریبی خراش کا نتیجہ ہوتا ہے۔ دوسرے اعصاب کی ضرب۔ مذکورہ بالا عوارض کے ساتھ دوسرے اعصاب کی آفتیں بھی پائی جاتی ہیں۔ کسی شخص پر بھی گرنے کے بعد اس کی آنکھ کے نزدیک اگر زخم وغیرہ پائے جائیں تو ممکن ہے کہ یہ زخم بھی کی رو کے گزرنے کی وجہ سے پیدا ہوئے ہوں بلکہ ان کا باعث لکڑی وغیرہ کے ٹکڑے ہوں۔ گرد و پیش کی ساختوں کے ٹوٹ پھوٹ جانے پر یہ اجزاء اگر آنکھ کے اندر پہونچ کر زخم پیدا کر دیں۔

ان حوادث کے متعلق مختلف کتابوں کے مطالعہ سے معلوم ہوتا ہے کہ ٹیلیفون اور تار کا کام کرنے والے لوگ اگر بجلی کے گرنے کے وقت یہ کام کر رہے ہوں تو ان کو شدید چوٹ آتی ہے۔ جن لوگوں کی آنکھیں بھی گرنے سے خراب ہو جاتی ہیں ان میں سے اکثر تار اور ٹیلیفون کا کام کرنے والے ہوتے ہیں جس کی وجہ یہ ہے کہ تار اور ٹیلیفون پر کام کرنے والے سننے کا آلہ سر پر سے لاکر کانوں پر لگاتے ہیں اسی لئے کہ ربائی روانے سر کے اندر سے گزرتی ہے۔

ایسا بھی ہوتا ہے کہ گرم ممالک میں جہاں کہ آسانی طوفان اور بادل بہت زیادہ آتے ہیں وہاں ایسے لوگ بہت زیادہ پائے جاتے ہیں جن کو طوفان کے زمانے میں درود اور اسی کے مشابہ شکایات لاحق ہوتی ہیں۔ ان شکایات کا مناظری خرابیوں سے کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ ایسے لوگ طوفان وغیرہ سے پہلے ہی باخبر ہو جاتے ہیں۔ کیونکہ ہوا کے اندر کے تغیرات کا علم ان کو اپنی شکایات یعنی درود سر وغیرہ سے ہو جاتا ہے۔

انذار مرض اور علاج۔ نتائج کا انحصار اس امر پر زیادہ ہوتا ہے کہ کونسی ساختیں اور کس حد تک مآذ ہوتی ہیں کہ ربائی التهاب ملتحمہ وغیرہ فوج و غائب ہو جاتا ہے۔ بعض حالتوں میں عرصہ کے بعد آرام حاصل ہوتا ہے۔ قریب کی سماجی حالت یا غیر شفاف مقامات متعلق صورت اختیار کر سکتے ہیں۔

اگر فائبرینج میں ضرب یا صدمہ پہونچ گیا ہو جس کی وجہ سے التهابی کیفیتیں رونما ہوں تو یہ عموماً عرصہ تک

نہیں اچھی ہوئیں۔ اور ان کی وجہ سے محنت بہت اندھا دین ضرورت پڑتی ہے۔ یہ سب باتیں مقررہ وقت پر
 سنبھال کر کرنی ہوتی ہیں خود بخود کام نہیں ہوتا۔ جو کام تیار کرنا ہو وہی دیکھ کر یہ سب باتیں یاد آتی ہیں۔
 مختلف ہو سکتی ہے۔ اور چند ہفتوں سے لیکر چند ماہ اس کے پختہ ہونے میں لگ سکتے ہیں۔ اگر کسی کی وجہ سے
 باصرہ میں نقصان پہنچ جائے تو اس کے ساتھ موتی بند بھی ملتی ہے جو تو پیرائش کے بعد اس کے دل کے دوا ہے۔
 نڈار پہن ہوتا ہے۔

ذکورہ عوارض کا علاج - مناسب طریقہ پر کرنا ضروری ہے۔ اور اس علاج کا زیادہ دیا کہ مفید ہونا ضرورت
میں پر محض ہے۔ روشنی سے آنکھ کو جب بیاہٹھے سکے ذریعہ بچانا بہت ضروری ہے۔ میسکے ساتھ ساتھ عمومی
دوران خون اور تغذیہ کو بہتر بنانے کی کوشش کرنا چاہئے۔

نور کین ۱۰۔ میٹر وچین سے بہت فائدہ ہوتا ہے۔ کپڑی پر چونک لگنا بہت فائدہ دیتی ہے۔ یہ بھی مفید ہے۔ مضمین کی تکالیف کا ہر ایک علاج کے لئے زیر بار احسان مضمینوں کی حدود میں اضافہ کرتا ہے۔

سولج گرہن کی وجہ سے اندھا پن - سولج گرہن کے زمرہ میں کئی مین معالج مخصوص ہیں۔
پاس آتے ہیں جن کی مرکزی بصارت کئی یا جزائی طور پر زائل ہو گئی ہوتی ہے اس کو با عتدال کا سولج کی
طرف گرہن کی حالت میں دیکھنا ہے۔ مثلاً ۱۸۵۰ء کے سولج گرہن میں جرمنی کے اندر ۱۸۵۰ء یعنی اسی قسم کے
تھے۔ اسی طرح دوسرے ممالک میں بھی ایسے مریضوں کی تعداد بہت زیادہ تھی۔

گرم ممالک میں اس سے بھی زائد تکلیف ہوتی ہے کیونکہ سورج کی شعاعیں سیدھی پڑے گی وجہ سے زیادہ موثر ہوتی ہیں۔ اور یہاں کے باشندوں کو ن باتوں سے کچھ احتیاط بھی نہیں ہوتی۔

مذکورہ مہینوں کے متعلق معلوم ہوتا ہے کہ یہ لوگ سوئٹزرلینڈ کی طرف زیادہ دیر تک دیکھتے رہتے ہیں۔ ہر روز اٹکایا گیا ہے۔ یعنی ماسوں میں ۵-۵ منٹ تک مہینے سوئٹزرلینڈ کی طرف دیکھتا رہا ہے۔

اس تکلیف کا سبب یہی ہے کہ لوگ لاعلمی کی وجہ سے بدست زیاہ وہ دیر تک سوئٹ کی عافیت دیکھتے رہتے ہیں اور جن کو کچھ علم بھی ہوتا ہے وہ کم سیارہ رنگ کے شیشے لگا کر دیکھتے ہیں جن کی سیلابی مقدار نہیں ہوتی کہ وہ شعاعوں کو پوری طرح روک سکے۔ یہ دوسرے مفاہیم، ذرائع کم استعمال کرتے ہیں یعنی لوگ پالیہ یا کسی

مذہب کی طرف سے دیکھتے ہیں۔ یہ طریقہ بھی خطرناک ہے۔

دست گریہ کے علاوہ دوسرے وجوہ سے بھی یہ حالت پیدا ہوتی ہے، مثلاً سوچ کے اندر دھبوں کو نور سے دیکھنے کے بعد میں ایسا ہوتا ہے۔ ہندوستان میں انھیوں کو آپس میں لہ کر ان کی درمیانی درازوں سے سڑک کی طرف دیکھنا کٹا کر کی مذہبی رسم ہے۔ اور مذہبی لوگ اس طریقہ پر عرصہ تک کاربند رہتے ہیں۔ بہر حال دیکھنے کے بعد مذہب میں دیکھا ہے جو کہ پانی کے اندر سوچ گریہ کے عکس کو دیکھنے سے لاحق ہوا تھا۔

مذہب میں ایسا بھی دیکھا گیا ہے کہ چاول کے کھیتوں میں سے گھوڑے پر سوار ہو کر گزرنا جبکہ پانی کی سطح سے زیر منعکس شعاعیں نکل رہی ہوں، اسباب شبکیہ کا باعث بنتا ہے۔ جو کہ سوچ گریہ والے اندھا پن سے کسی شخص بھی تیز نہیں کیا جاسکتا۔ ایسے وقت کشتی کھینا جبکہ پانی کی سطح سے سوچ کی تیز شعاعیں منعکس ہو کر آنکھوں پر دھڑکی ہو رہی ہوں اس سے بھی یہ حالت پیدا ہو جاتی ہے۔

عورت دوم دونوں یکساں مبتلا ہوتے ہیں۔ اور ہر عمر میں اس شکایت کا پیدا ہونا ممکن ہے بعض ماہرین کا خیال ہے کہ بچے اس سے محفوظ رہتے ہیں۔ جیسا کہ اس واقعہ سے معلوم ہوتا ہے کہ سڑک کے سوچ گریہ کو ایک شاگرد اور ایک استاد نے ایک ہی وقت میں دیکھا۔ استاد اندھا ہو گیا مگر شاگرد محفوظ رہا۔ بعض ماہرین کا خیال ہے کہ قصہ بھد والی آنکھوں میں سوچ گریہ والا اندھا پن شاید ذوق اور لاحق ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ گرم ممالک میں سائے کے باشندوں کی بعد کا رنگ یا ان کے مشیمہ کی تلویں بڑی حد تک ان کو اس خطرہ سے محفوظ رکھتی ہو۔ ایک یا دونوں آنکھوں کا ماؤف ہونا اس امر پر منحصر ہے کہ سوچ کی طرف دیکھتے وقت ایک آنکھ بند کر لی گئی تھی یا نہیں؟

عام طور پر لوگ صرف ایک آنکھ سے گریہ کی طرف دیکھتے ہیں اسلئے صرف ایک ہی آنکھ ماؤف ہوتی ہے۔

سوچ گریہ سے پیدا ہونے والے اندھا پن کے متعلق مفصل حالات۔ زمانہ قدیم کے اہلباء کو بھی اس امر کا علم تھا کہ سوچ کی طرف دیکھنے اور برتن سے منعکس شعاعوں کی وجہ سے اندھا پن پیدا ہو سکتا ہے۔ اور یہ معمولات بالینوس و ارسطاطالیس کے زمانہ کی ہیں۔ بعدہ سترٹوین مدی میں یورپ نے اس کے متعلق کافی علم حاصل کیا۔ اور مختلف ناموں سے اس تکلیف کو نامزد کیا۔ ۱۹۱۱ء میں اس کے متعلق جب قدر زیادہ لکھا گیا ہے اتنا کسی زمانہ میں بھی نہیں بیان کیا گیا۔

علامات - علامات کا انحصار زیادہ تر شعاعوں کی شدت اور اس وقت پر ہوتا ہے جس میں ان شعاعوں کے زیر اثر رہتا ہے۔ علاوہ ہرین اور اسباب بھی ایسے ہیں جو اس میں کمی بیشی پیدا کرتے ہیں۔ آنکھ کے اندر مٹوین کا موجود ہونا اس کے شدید اثرات کو کم کر دیتا ہے۔ ذاتی طور پر بھی ایسا دیکھا گیا ہے کہ بعض افراد زیادہ اثر کو قبول کرتے ہیں اور بعض کم۔ اس کی سب سے بڑی خدمت مرکز میں مثبت عئمہ کی موجودگی پر سوچ کی طرف دیکھنے کے بعد فوراً ہی مٹوین کی آنکھ میں ایک "بانی شبیہ" (Alterimage) محسوس ہونے لگتی ہے۔ جس کی وجہ سے اس کی مرکزی بھارت دھندلی یا غیر صاف ہو جاتی ہے۔ یہ مرکزی عئمہ آنکھ کی ہر حرکت کے ساتھ حرکت کرتا ہے مگر اپنی جتنی وضع کو میداں بصر میں بالکل نہیں بدلتا۔ اس کا قطر نصف ۳ ڈگری تک ہوتا ہے "ہرولارڈ" کے خیال کے مطابق اس کا حجم تنا بڑا ہوتا ہے کہ ۲۰ میٹر کے فاصلہ پر انسان کے چہرہ کو ڈھانک لیتا ہے یعنی ایسے مٹوین کے سامنے اگر دو سر آئیں ۲۰ میٹر کے فاصلہ پر کھڑے ہو جائے تو یہ عئمہ پورے چہرہ کو ڈھانک لیتا ہے۔ ہر موصوف کا خیال ہے کہ اس کے کنارے بالکل صاف و رخت نہ ہوتے ہیں۔ ہر شے پر غلطی کا خیال ہی کہ اس عئمہ کے باہر چاروں طرف ایک رقبہ ایسا تھا ہے جو زرد رنگ کے لئے جتنی عئمہ کہتا ہے۔ ورنہ کافی دور تک پھیل ہوتا ہے۔ خفیف حالت میں پورا عئمہ جلتی ہو سکتا ہے۔ مگر ایسا شاید دور ہی دیکھنے میں آتا ہے۔ یعنی سکا اوسط ۲ فی صدی سے زیادہ نہیں ہوتا۔ ہمارے خیال ہے کہ عام طور پر یہ عئمہ گول ہوتا ہے کیونکہ شبیہ پر سورج کی شبیہ بننے کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ اور گرہن کی حالت میں کچھ حصہ سورج کا زمین کے تباہ میں آتا ہے۔ ہذا اس کا گول ہونا میدان قیاس ہے۔ ماہر آسک کے اشکال کے سلسلہ میں ہم کو معلوم ہو گا کہ شبیہ بانی درست ہے۔ بعض اوقات یہ عئمہ آہستہ آہستہ اس سطح سے جانب ہو جاتا ہے جس میں پہلے موجود تھا، اور اس کی جگہ دہلی نہیں ہوتی ایک علامت اور بھی ایسے مٹوینوں میں ملتی ہے جس کو ہر ملکہ نما عئمہ سے موسوم کرتے ہیں مگر یہ عموماً ان مٹوینوں کی آنکھ میں شروع کے مٹوین میں پانی جاتی ہے۔ بعض اوقات اس کا حلقہ غیر مکمل ہوتا ہے۔ یہ حالت بعض اوقات ہوائی جہازوں میں آنے والوں میں بھی پانی جاتی ہے۔ اور ان لوگوں میں بھی پانی جاتی ہے جو ہوائی جہازوں کو توپ سے برباد کرنے پر متعین ہوتے ہیں۔ ایک ماہر نے ہوائی جہازوں میں آنے والے ۹ افراد میں سے ۵ کی آنکھ کے اندر ملکہ نما عئمہ مشاہدہ کیا ہے۔ ماہر موصوف کا خیال ہے کہ ان لوگوں کی آنکھوں

میں بہت تیز روشنی داخل ہوتی ہے جس کی وجہ سے شبکیہ کے محیطی حصے پہلے ماؤف ہوتے ہیں اور یہ مرض مائل کو گرہ ملک میں پڑ جاتا ہے۔

ذکورہ بالا علامات کے علاوہ بھارت کی تیزی بھی کم ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات یہ کمی مستقل صورت اختیار کر لیتی ہے۔ بھارت وئی کے متعلق ماہرین مختلف المراسے ہیں۔ اگر بھارت کبھی ماؤف ہو تو عموماً مرکزی بھارت کے تمام پرافت ہوتی ہے۔ اس حالت میں میدان بھر سکڑا ہوا نہیں ہوتا۔ اکثر مریض اپنی آنکھ کے سامنے دھبوں کے احسن کی شکایت کرتے ہیں۔ یہ دھبے زرد، نیلے، نیلگوں خاکستری، برون یا سیاہ ہوتے ہیں۔ ایک مریض کو اپنی آنکھ کے سامنے گرہن کی طرف دیکھنے کے بعد سرخ گیندا ایسا دکھائی دیتا تھا بعض مریضوں میں دوسری قسم کے شکایتیں ان کی بھارت میں لاحق ہوتی ہیں۔

ایک عورت کا ذکر ہے اُس نے دس منٹ تک سوچ کی طرف بغیر کسی حفاظت کے دیکھا اس کے بعد تین روز تک اُس کو ہر شے بخشی رنگ کی دکھائی دیتی تھی۔ لوگوں کے چہروں کا رنگ بھی اس کو نیلگوں اور ایسا معلوم ہوتا تھا کہ ان کو کسی نے مار کر نیلا کر دیا ہے۔ اس کے بعد مختلف اشیاء کی طرف دیکھنے پر پہلے وہ سفید دکھائی دیتی تھیں اور کچھ دیر کے بعد تبستہ آہستہ وہ بالکل نظر سے غائب ہو جاتی تھیں آخر میں اس کی بھارت درست ہو گئی مگر حرکت کرتا ہوا عرصہ تک اُس کی آنکھ میں باقی رہا۔ بعض ماہرین نے یہ بھی دیکھا ہے کہ ایسے مریضوں کو چاند کی شکایت لاحق ہو جاتی ہے اور ان کی آنکھ سے پانی بہتا ہے۔ حجر کے گرد و محوس ہوتا ہے اور حادثہ منہ زنی بھی ہو جاتی ہے جس کا مطلب یہ ہے کہ تیز روشنی کے اثرات کی وجہ سے یہ ملائیں ان کے اندر پیدا ہوتی ہیں۔ لہذا غلطی سے ان کو شبکیہ کے عوارض والی ملائیں نہ سمجھنا چاہئے۔

منظار عین کے ذریعہ قعر عینی کی حالت۔ مختلف ماہرین نے اس کے متعلق مختلف باتیں تحریر کی ہیں لیکن خاص امور میں سب متفق اور اسے ہیں۔ شروع میں کوئی چیز نہیں معلوم ہوتی۔ آگے چلکر علامات کا ظہور ہوتا ہے۔ ماہر لوم نے ۳۰ فیصدی مریضوں کو شبکیہ کے عوارض سے محفوظ پایا۔ بقیہ مریضوں کے بقعہ صفراوی پر بنی کیفیت جاری تھی، ور اس کی سطح پر زرد، خاکستری، برون، رنگ کے داغ معلوم ہوتے تھے عام طور پر یہ رقبہ سیاہی مائل برون یا خاکستری ملتا تھا۔ حفرہ مرکزی زیادہ سرخ نظر آتا تھا۔ ماہر فیئرٹی "کے خیال

بعض ۶۱ سین کانواں ہے کہ فوق البنفشی شعاعیں جن کا اثر کیسا دی ہوتا ہے جب یہ شبکیہ پر پڑتی ہیں تو الٹا شبکیہ پیدا کر دیتی ہیں مگر آنکھ کے اندر معمولی حالات میں بہت زیادہ یہ شعاعیں شبکیہ تک نہیں پہنچتی، کیونکہ قرنیہ، عدسہ، اور رطوبت زجاجیہ وغیرہ ست راستہ ہی میں رک جاتی ہیں اس کی توجیہ کے متعلق ہمارے پاس دو صورتیں ہیں۔

۱۔ طیف شمسی کی روشن شعاعوں کو اس کا سبب سمجھیں۔

۲۔ فوق البنفشی شعاعوں کو اس کا باعث قرار دیں۔

سوچ کی روشن شعاعوں کو اس کا سبب ٹھہرانے میں ہماری تائید اس طرح بھی ہوتی ہے کہ بعض جانوروں کی آنکھوں میں ان شعاعوں کی وجہ سے شبکیہ مخروطی اجسام میں دینر اس کی توہین میں حرکت پیدا ہوتی ہے۔ اور یہ مرقین قیاس ہے کہ اگر ان شعاعوں کی مقدار بڑھا دی جائے تو حساس اور نازک ساختوں میں ان کی وجہ سے تبدیلیاں پیدا ہو سکتی ہیں۔ ماہر ہرش ہر سفلڈ کا خیال ہے کہ ہم ان روشن شعاعوں کو کسی طرح نظر انداز نہیں کر سکتے کیونکہ مموں حالات میں آنکھ کی ساختوں کے لئے گرمی پیدا کرے ڈالی ان شعاعوں کو کلیتہاً روک لینا ممکن ہے مگر جب ان کی مقدار حد سے زیادہ آنکھ کے اندر داخل ہو تو ان میں سے متعدد شعاعیں عقبہ صغرا دی پر پہنچ کر اس کو مار دیتے کر سکتی ہیں۔ ماہر ایڈلیر، وغیرہ نے شبیہ باقی کے سلسلے میں یہ معلوم کیا ہے کہ طیف شمسی کی روشن شعاعیں اس کی شکل ہوتی ہیں۔ اب اس سلسلہ میں نئی اور تازہ معلومات کا انتظار کرنا چاہئے۔

ماہر ہرش ہر سفلڈ، نے خرگوشوں پر تجربات کر کے تشریحی تبدیلیوں کے متعلق جو معلومات ہم پہنچائی ہیں ان کے صلہ میں ہم کو ان کا شکریہ ادا کرنا چاہئے۔

شبکیہ کے بیرونی پرت کی ساختوں میں نقصان پہنچتا ہے اس میں توہینی بشرہ اور شیمیہ دونوں شریکین ہوتے ہیں عسوی و مخروطی اجسام پھول کر ٹیڑھے میڑھے ہو جاتے ہیں۔ ان کے اندر تلوین بڑھ جاتی ہے اجسام ہیفیہ کا انجور رونما ہوتا ہے۔ ساختوں میں سائل دھوی کا، انقباض ہوتا ہے اور شیمیہ میں احتقان پایا جاتا ہے۔ ماہر ڈومارک، نے تیز بجلی کی روشنی حیوانوں کی آنکھوں میں ڈالی اس سے جو نتائج حاصل ہوئے وہ بہت دلچسپ ہیں۔ اس کے ماتحت شبکیہ کے اندر بیج رونما ہوا شبکیہ کے بعضی اجزاء تباہ ہو گئے بعضی اجزاء میں شبکیہ کا بیرونی پرت مع اجسام عسوی و مخروطی کے شامل ہے) اسی کے ساتھ بعضی تہ بھی ضائع ہو گئی۔

انذار مرض۔ اس کے متعلق بہتری یا بدتری کا فیصلہ اس امر پر منحصر ہے کہ مریض کو کتنا نقصان ہو چکا ہے۔ گونہ نقصان کم ہو چاہے تو مرض کا زہر کمیتا ہو جاتا ہے۔ اس کی ابتدا نصف ماہ میں سے بڑھتے ہوئے ہے مگر اس امر کے متعلق فیصلہ کرنا ممکن نہیں کہ وہ نقصان حاصل ہوتی ہے یا نہیں۔ تاہم مریض کے متعلق یہ بات کیا جائے کہ کھیتا ان کے مرض کا زہر ہو یا قریباً کئی نصف میل ہوئی ہے۔ اس کے متعلق اس امر کا دم کھلے امتحان کے بعد زیادہ مناسب ہوگا کہ ہر مریض پر ذیل مہر میں ماہرین متفق رہ سکتے ہیں۔

۱۔ زیادہ چھٹے انذار مرض واسے وہ مریض ہوتے ہیں جن کے تھمینی میں کوئی تبدیلی نہ معلوم ہوتی ہو۔

۲۔ اگر عمتہ کئی ہو تو فائدہ نہیں ہوتا۔ مگر جتنی عمتہ کی صورت میں کچھ فائدہ ہو جاتا ممکن ہے۔

۳۔ مریض نے جب قدر زیادہ دیکھا سوچ کی طرف دیکھا ہو تو ہی انذار مرض خراب ہوتا ہے۔

۴۔ عمتہ جتنا بڑا ہو اسی قدر انذار مرض اچھا نہیں ہوتا۔

۵۔ سوچ کی طرف دیکھنے کے بعد مہیائی کے بہتے ہوئے میں جب قدر زیادہ دیر گئے مگر ہی انذار مرض خراب ہوگا۔

اگر مریض کو ایک ماہ تک تکالیف میں کوئی افادہ نہ محسوس ہو تو انذار مرض خراب ہو جاتا ہے۔ لیکن

حالتوں میں ایسے مریض بھی بالکل اچھے ہوتے ہوئے دیکھے گئے ہیں جن کی بھارت میں مہینوں تک

کوئی افادہ نہیں ہوا تھا۔ خفیف حالتوں میں ہمتہ بھر کے اندر بھارت بہتر ہو جاتی ہے۔

۶۔ ان مریضوں کو اگر عام طور پر چکا چوند کی شکایت لاحق ہو تو انذار مرض خراب ہوتا ہے۔

۷۔ رقصی عمتہ، مہینوں اور بعض اوقات برسوں تک قائم رہتا ہے۔

۸۔ شدید حالتوں میں عمتہ کے بعد کچھ بہتری رونما ہوتی ہے مگر ہے کہ وہی حالت قائم رہے یہ وہ خرابی

کی طرف مائل ہو جائے مگر کو پاپا ہے کہ مریض کو اپنی اسے دینے میں غور و خوض سے کام لے باغفرض

ان مریضوں کے متعلق جن میں کہ علامات خرابی کی طرف اشارہ کر رہی ہوں

حفظ مآلہم و علاج۔ سوچ کی شعاعوں سے اگر ایک مرتبہ بھی شبکیہ و شبکیہ مضروب ہو تو دہن ہو جاتی

تو نظری حیثیت سے کوئی علاج ایسا نہیں کہ جس سے فائدہ کا امکان ہو۔ ہمارا علاج عام اصول پر مبنی ہوتا ہے۔

مریض کو آرام دیا جائے۔ حجاب یا سیاہ مینک کے ذریعہ آنکھوں کو تیز روشنی سے محفوظ رکھا جائے۔ پرخا

آنگھ کا مہکات زنا بالکل بند کر دیں۔ گرم ماوشہ کو مقنور غریبہ گزارا ہو تو مدین کو تار یک کمرے میں کہیں بونگیں لگائیں۔ تمبیہ سے کام لیں، اور سہل دیں۔ گرم پانی سے پاؤں یہ کیا با سے اس کے بعد آبیہ اٹھائیں۔ جو ہر کچہ در یوزہ سید دیں زیر ملتہ یعنی نکین سیال کی تلقیحات کریں۔

حفظاً ما تقدم۔ غایت مذوری ہے۔ معالجہ امراض چشمہ کو چاہئے کہ گرمی سے پیشتر اپنے ملتہ افریں ہوئیں کہ متنبہ رہے کہ گرمی کی حد کو نہ بڑھائیں۔

ایل مچلی کے خون سے پیدا ہونے والا التهاب ملتہ۔ تاکا شیا جو دجا پانی، امراض چشمہ کا بہت بڑا سبب خاص قسم کا التهاب ملتہ بذات کیا ہے جو کہ مچلی پر تنے داؤں کی آنکھ میں ایل مچلی کا خون لگنے سے پیدا ہوتا ہے۔ حیوانوں پر تجربہ کر کے اس سے تحقیق کیا کہ خون کو ملتہ کے اندر داخل کرنے سے اوسط درجہ کا دھوی نقانہ برپا ہوتا ہے۔ جو کہ عارضی ہو کرتا ہے۔ ایسی آنکھ میں یہ خون داخل کرنے سے رد عمل نہ یہ ہوتا تھا جو کہ پہلے سے ذات ہو۔ ماہر موصوف کا خیال ہے کہ خون کے اندر تکلیف والا جزا، جسام ذلالی کی حیثیت سے موجود ہوتا ہے۔

اسی طرح، ہر اہل ملتہ نے ایل مچلی کے خون اور صفرا کے لگنے سے بھی التهاب ملتہ کو دیکھا ہے۔ اور اس سے تجربہ سے معلوم کیا ہے کہ ایل مچلی کے مصل و موی کے ساتھ اگر سرخ کیسے ملائے جائیں تو ان کی تکلیل رونما ہوتی ہے۔ اور یہ رد عمل شدید ہوتا ہے کہ اگر مصل و موی کی تخفیف ۶۴ میں اتک کر لی گئی ہو تو بھی یہی رد عمل ظاہر ہوتا ہے۔ ماہر موصوف کا تجربہ ہے کہ یہ التهاب تقریباً ۶ ہفتہ تک قائم رہتا ہے۔

کیڑے کھڑوں اور دوسرے | بریں اور شہد کی مکھوں کے کاٹنے کا اثر۔ اجفان یا آنکھ پر ان کا کاٹن
جانوروں کے کاٹنے کا آنکھ پر | بھی ایک قسم کا حادثہ ہے۔ اس وجہ سے بھی بعض اوقات شدید عوارض لاحق ہو جاتے ہیں۔ چونکہ یہ حشرات الارض ہمارے ملک میں گھردوں ہیں

اور نگہ دں کے آس پاس رہتے ہیں اسلئے اکثر اوقات ان کی وجہ سے ایسے حوادث پیش آتے ہیں بعض اوقات ایسا بھی ہو سکتا ہے کہ ان کے کاٹنے کی وجہ سے آنکھ کو شدید نقصان پہنچا ہے۔ ان کے کاٹنے کی وجہ سے شدید اور لافح قسم کا درد ہوتا ہے جس سے جن میں انقباض رونما ہو جاتا ہے۔ ان کا ڈنک کاٹنے میں ٹوٹ جاتا ہے

جو کہ بدن میں اجفان سے گزر کر قریہ یا دردوں کو نقصان پہنچا سکتا ہے۔ یہی ممکن ہے کہ مابین ہی میں یہ ٹنک
ڈنک ماریں اور ان کے ڈنک تھمے، قریہ یا مصلیہ کے اندر چھپا ہوں۔

شہد کی گھٹی کے ڈنک میں با متباریریں کے ڈنک کے اندر گزرا ہوا تھا کہ وہ تھک چکا تھا۔ یہ وہ
مرتبہ تھا جو تھکنا ہے اور ہرگز کا ڈنک سیدھا ہوتا ہے، لیکن سہہ کی ایک اجفان کے اندر سے بندھ چکا ہے
قسم کا ڈنک ٹوٹ کر اندر رہ جائے۔

معمولی ملا، تھک، تھک، اجفان کے رنگ کی تبدیلی (نیگیٹو) مثبت کا نقصان اور درد، قریہ کی قریہ
شدید درد کے علاوہ مندرجہ ذیل علامات پیدا ہوتی ہیں۔

۱، قریہ کا محافظہ ہوا بالکل محاسب ہو سکتا ہے اور اس میں بہت زیادہ دھماکی کی کیفیت کا پیدا ہونا
ممکن ہے۔

۲، نمایاں التهاب دہنی میں کے ساتھ حقان پہنچا ہو سکتا ہے۔ خزانہ مقدم میں رشح
صدیدی و رقطہ در التهاب قریہ کا پابان بھی ممکن ہے، مصلیہ کا رنگ خراب ہو جاتا ہے، مدد میں سر ہوتا ہے۔
۳، ڈنک مارے کے بعد موتیا بند لاحق ہو سکتا ہے جس کی وجہ یا تو سمیت کا دافعہ ہوتی ہے یا جزو
مدد کے اندر ڈنک کے چلے جانے کی وجہ سے ایسا ہوتا ہے۔ ماہر یا یہ، کا ایک مریض تھا جس کو سی طرح موتیا بند
پیدا ہوا اور خیر و خوبی کے ساتھ اس کا آپریشن کیا گیا۔

۴، عمومی شدید ملائیں بھی ظاہر ہو سکتی ہیں۔

ماہر ہنیالڈ نے خرگوش پر تجربات کے جن میں شہد کی مکیوں کا ڈنک قریہ میں ہیشہ ڈنک جاتا تھا اور اس
زخم سے شعاعی طور پر قریہ میں مٹیں ظاہر ہوتی تھیں۔ خزانہ مقدم میں ارتشاح صدیدی رونما ہوتا تھا۔ یہ مقدمہ طبی
موتیا بند بھی لاحق ہوا۔

ہنیالڈ کا خیال ہے کہ اس قسم کا موتیا بند پیدا ہونے کی وجہ غلاف مدد کے اندر سورخ کا ہونا نہیں ہو
بلکہ سمیت کی وجہ سے مدسی غلاف کے بشہ میں فاسد پیدا ہو جاتا ہے اور رطوبت مانی اس کے اندر داخل ہو جاتی
ہے۔

طب کی کتابوں میں ایک معین کے مقلوب بیان کیا گیا ہے کہ نامعلوم قسم کے ایک کیتے نے اسکو کاٹا جس کی وجہ سے تہاب مصلوب باصرہ راحت ہوا۔ ممکن ہے کہ کیتے کے ذہن کے ساتھ عفتی مواد بھی جسم کے اندر داخل ہو گئے ہوں جن کی وجہ سے یہ حالت پیدا ہوئی ہو۔

ن مینوں کے علاج کے سلسلہ میں خیال رکھنا چاہئے کہ پہلے ان کی آنکھ کا معائنہ نہایت غور کے ساتھ کیا جائے، ذہن کو جین میں اس کی زیرین سطح کی طرف دیکھ کر نکال دیا جائے بشرطیکہ یہ موجود ہو۔ جب یہ موجود ہوتا ہے تو اس کے گرد پھوٹی سی سخت گرہ بن جاتی ہے۔ عام طور پر نذر مرض اچھا ہوتا ہے۔ مگر جب ایک مرتبہ آنکھ میں آپریشن ہو چکا ہو جس کے نتیجے میں معنی نذری ساخت، سفیدی قسم کی بنی ہو تو ان آنکھوں میں شدید التہاب طرہ بدلی کا خطرہ ہوتا ہے۔ معمولی حالات میں گرم بور کی تمکیدات کافی ہوتی ہیں۔ جب آنکھ کھل جائے تو بورک محسوس سے اسکو دھوئیں۔

آنکھ میں تہاب کا کاٹنا۔ شاذ و نادر ایسا حادثہ پیش آتا ہے۔ اجفان متورم ہو جاتی ہیں، کبھی تلخہ میں بھی خفیف احقان رونما ہوتا ہے۔ مگر عام طور پر تلخہ صاف ہوتا ہے۔ بچوں میں یہ حادثہ زیادہ پیش آتا ہے۔ کبھی یہ حالت ہندوستان میں مقیم انگریزوں، بچوں اور بڑوں میں بھی ملتی ہے۔

علاج۔ گرم بور کی تمکیدات سے کام لیں۔ اس سے حالت بہت جلد درست ہو جاتی ہے۔ اگر مجھ کاٹنے سے پہلے کسی عفتی مقام پر میٹھ چکا ہو تو علامات خطرناک بھی ہو سکتی ہیں۔ ایسی صورت میں اگر الحمر اور وغیرہ اس کے ساتھ لاحق ہو جائے تو حالت خطرناک ہو سکتی ہے۔ بعض اوقات مجھری نیچوں کا التہاب منتشرہ بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ ن حالتوں میں عمومی اصول جراحی کے مطابق علاج کیا جاتا ہے۔

چھوٹے کیتے لکڑیوں کے | موٹر یا کسی دوسری تیز سواری پر چڑھے ہوئے بعض اوقات یہ حضرات لامرض آنکھ کے اندرونی حقیقہ کے مقام پر آنکھ سے ٹکراتے ہیں یا آنکھ میں پڑ جاتے ہیں، اور فوراً ہی ان کے کاٹنے کی تخلیف محسوس ہونے لگتی ہے۔ آنکھ

میں کشک ہوتی ہے یہ پانی بنا ہے اور آنکھ شریخ ہو جاتی ہے۔

علاج۔ جب ایسا حادثہ پیش آئے تو آنکھ کو منانہ چاہئے، احتیاط کے ساتھ آنکھ کے اندر سے ان کو نکالنے

کی کوشش کی جاے بشرطیکہ یہ آنکھ میں موجود ہوں اگر ممکن ہو تو بزرگ مفلوں و سفلوں پر نہیں، اگر وہ سوئیں
اگر بعد میں مزید تکلیفات پیدا ہو جائیں تو ان کے علاج سے کیا جاے۔

چوئی یا چوئیٹے کے کاٹنے کا ٹکچہ پانچ ہندوستان میں مختلف قسم کی چوئیاں درج ہوتے ہیں۔
بزرگ چوئیٹے کو کہ فقیرانہ معلوم ہوتے ہیں مگر کاٹے بہت کم ہیں۔ ٹکچہ کے نزدیک ان کے کاٹنے کی وجہ یہ ہے
کہ کبھی سوئے کی حالت میں یہ آدمی کے چہرہ پر سے گزرتے ہوئے ہیں سی حالت میں ان کا بہت بڑا پتہ
ہے یہ وہ شخص ان کو مل دیتا ہے جس کی وجہ سے یہ کاٹ لیتے ہیں۔

چوئی مہرچ چوئیاں تکلیف دہ ہوتی ہیں۔ کیونکہ ان کے کاٹنے سے زہریلے اثر پیدا ہوتا ہے، خصوصاً جبکہ
یہ بہت زیادہ تعداد میں اجڑا ہوا ہوتا ہے۔ اور بہت زیادہ ہو سکتا ہے جس کے ساتھ درد شدید ہوتا ہے۔ یہ چوئیاں
بعض اوقات مہر کی منٹوں میں چھپی رہتی ہیں کبھی مٹھہ کے اندر بھی پائی جاتی ہیں۔ اگر یہ مٹھہ میں موجود ہوں بہت
زیادہ فراش پیدا ہوتی ہے کیونکہ آنکھ کے اندر مٹھہ میں شے غریب کے مانند ان کا اثر ہوتا ہے۔

اگر ایک مہر کسی مقام پر یہ خوب زور سے منہ میں پکڑیں تو ان کو دباں سے میچہ کر کے شکل ہو جائے ہے
بعض اوقات اسی کشمکش میں ان کا جسم ٹوٹ جاتا ہے اور مہر بافتوں میں گھس رہا ہوتا ہے۔ پھر خرمی سنجوں میں سے
بطور تامل یہ خود بخود الگ ہو جاتا ہے۔ گندے بچے اور اشخاص باعتبار صرف سقے لوگوں کے ان کے زید و اشکار
ہوتے ہیں۔ ہمارے ملک میں اکثر لوگ زمین پر کپڑا بچھا کر سوئے کے عادی ہوتے ہیں اسلئے یہ نسبت ان لوگوں کے
جو بستر اور چار پائی پر سوئے کے عادی ہوتے ہیں ان کو یہ کپڑے کوٹے عام طور پر زیادہ کاٹتے ہیں۔

علاج۔ پہلے غور سے چوئیٹوں کو دیکھیں اگر کوئی چوئیٹہ موجود ہو تو اس کو الگ کر دیں اجڑا ہوا پتہ مری
سے احتیاط کے ساتھ ایسٹریا لگائیں۔ اگر چوئیٹہ مٹھہ کے اندر موجود ہو تو اس کو الگ کرنے کے بعد بزرگ مفلوں
آنکھ کو دن میں کسی تیل دھوئیں۔

جو تک کے کاٹنے کا اثر۔ یہ حادثہ ان مقامات پر اکثر پیش آتا ہے جہاں گرمی کے ساتھ پانی کی فراہمی
کی وجہ سے گھاس وغیرہ بہت زیادہ موجود ہو مثلاً دریاؤں اور آبشاروں کے قرب و جوار میں کیونکہ پانی بہنے میں
پنی دھار کی وجہ سے دور تک پہنچ جاتا ہے ان مقامات پر حشرات مریض جو تک وغیرہ عام طور پر موجود ہوتی

میں جن جوئیں بہت چھوٹی مگر اپنی طانت میں جیسے کی طرح خوشخوار اور گر دوغبار کی طرح ہر چیز میں گھس جاتے
 والی ہوتی ہیں۔ ان کو جوں پہموف در زبھی ملتی ہے باسانی اس کے اندر پہونچ جاتی ہیں، چہرہ، اجفان،
 طمخہ بھی ان سے محفوظ نہیں رہتے۔ مگر خوش قسمتی سے جب ان جوئوں کا پیٹ بھر جاتا ہے تو جسم سے چھوٹ کر
 لنگر پڑتی ہیں۔ کم از قسم کے ٹکین سیال کے ذریعہ بھی ان کو ہم الگ کر سکتے ہیں بعض اوقات ایسا بھی دیکھا
 گیا ہے کہ زندہ جوئیں بعض مریضوں کے طمخہ میں بہت عرصہ تک رہی ہیں۔

آنکھ کے متعلق متفرق
ضررات و صدمات
 آنکھ کے متعلق بعض آفتیں ایسی ہیں جن کو کسی خاص عنوان کے ماتحت نہیں بیان
 کیا جاسکتا، مثلاً ایک مرتبہ ایک عورت زمین پر لیٹی ہوئی لوٹ رہی تھی کہ ایک گئی
 نے آکر اس کی آنکھ میں صلیبہ پر ٹھونک مار دی جس کی وجہ سے طمخہ کے اندر زخم پیدا
 ہو گیا۔ علیٰ ہذا القیاس چوہوں کی وجہ سے بھی ایسی ہی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔

بعض جانور آنکھ کی چپک دیکھ کر اس کی طرف متوجہ ہوتے ہیں بشرطیکہ ان کو اس کا موقع مل جائے، اس قسم
 کے تمام حوادث زمین پر لیٹنے یا سونے کی حالت میں پیش آتے ہیں۔ بعض حشرات الارض مکان کی چھت یا دیوار
 سے گر کر آنکھ کو صدمہ پہونچاتے ہیں، ہندوستان میں خاص قسم کا ایک بڑا کیڑا اڑتا پھرتا ہے۔ گھروں میں چپوں
 کے اندر رہتا ہے۔ اگر کسی وقت اس کو پریشان کیا جائے تو اس کشمکش میں بعض اوقات آنکھ کے اندر ڈنک مار دیتا
 ہے، ہنگو اور بھی اسی طرح بعض اوقات آنکھ کو شدید چوٹ پہونچاتے ہیں۔ ہم اکثر رات کو بغیر روشنی کے اندھیرے
 میں ادم سے ادم چلتے پھرتے ہیں اسلئے ان حوادث سے دوچار ہونا کوئی تعجب کی بات نہیں ہے۔

سانپ کے ڈسنے سے انسانوں میں آنکھ کے عوارض۔ بچن دار سانپ (کوبرا) اور
 کریٹک کے کاٹنے کے بعد بالائی جنف کا استرخار دیکھا جاتا ہے۔ کوبرا سانپ کا زہر مینڈکوں میں بذریعہ تلیق داخل
 کرنے سے اس حالت کو ان کے اندر مصنوعی طور پر ہم پیدا کر سکتے ہیں، ان جانوروں میں آنکھ کو بند کر سکتے ہیں۔
 زیرین جنف اوپر کو اٹھتی ہے جس قدر یہ زیادہ اوپر کو اٹھے اسی قدر ان میں زہر کا اثر زیادہ ہوتا ہے۔ بندر کو اگر یہ
 زہر دیا جائے تو دیکھنے میں وہ سر کو پیچھے کی طرف موڑ لیتا ہے۔ تاکہ اچھی طرح دیکھ سکے کیونکہ زہر کا اثر بقدر زیادہ
 ہوتا ہے اسی قدر فتحہ امین چھوٹا ہو جاتا ہے۔ اور اسی قدر بندر کو اپنا سر پیچھے کی طرف موڑنا پڑتا ہے، سانپ کے

زہر کا یہ اثر گرم اور سرخ و خون و اسے سبب بناؤں پر یکساں ہوتا ہے۔ رسل واپہ (Rusale v. per) افعلی
 سانس کے کاسٹ پر یہ مددست بالکل نہیں پائی جاتی۔ بعض اوقات غریبوں کو مار سنا سنا بھی۔ نیک کو زہر
 اس قدر گینا جاتا ہے اس قدر مذکورہ مددستوں کا جاننا نہایت ضروری ہے۔ افعلی قسم کے سانپوں کو زہر دوسری طرح
 تفریق ہے اور اس کا عمل چین و زہر کے عمل سے مختلف ہوتا ہے، اول الذکر سانپ کے زہر کی بڑی
 مقدار گر کسی سانسیم میں تھیں کر دی جائے تو جسم کے ہر حصہ سے زہر الدم شروع ہو جاتا ہے اور خون شریروں کے
 اندر بھی بچھڑا جاتا ہے اس عمل کو ہم بدن میں مریخ میں شبکی عروق کے اندر آسانی دیکھ سکتے ہیں بعض ماہرین کا
 خیال ہے کہ عموماً یہ زہر الدم غشاء افعلی سے ہوتا ہے، بالخصوص ختمہ سے، ہم نے اپنے تجربہ میں حیوانوں کے
 جسم میں اس زہر کی تفتیح سے یہ علامت کبھی نہیں دیکھی۔

مددہ میں کا انقباض در تمام ہو جانا افعلی سانپوں کے کاسٹ میں دیکھ جاتا ہے۔ تجرباتی حیثیت سے اس کو
 ہم پیدا کر کے دیکھ چکے ہیں لہذا اس مددست کو یقینی سمجھنا چاہئے۔ چین و زہر کے کاسٹ میں یہ نہیں ہوتا۔
 آنکھ پر چھوئے حشرات الارض کا تارہ۔ امریکہ اور بعض دوسرے ملک میں ایسے بعض ملتے ہیں مگر چونکہ یہاں
 ملک میں یہ حادثہ بالکل نہیں پیش آتے اس لئے ان کو ہم نظر انداز کرتے ہیں۔

مرض بیری بیری۔ چادر کا کھانے والی قوموں میں زیادہ ہوتا ہے۔ اس میں معدہ دھیمی، غصہ، مہتاب ہو جاتا
 ہے۔ وبائی طور پر یہ مرض گرم ملک میں عام ہے۔ بعض حالات میں منقطعہ معدہ کے اندر بھی دیکھ جاتا ہے۔ اس مرض
 کے مریض بہت ضائع ہوتے ہیں جن کی موت قلبی اسرافار کی وجہ سے واقع ہوتی ہے۔ یہ مرض دونوں درختوں
 دونوں کو یکساں ہوا کرتا ہے۔ درودھ پلانے والی عورتوں کے بچوں میں یہ منتقل ہوتا ہے۔ ۱۰ سال سے ۳۰
 سال کی عمر کے افراد اس کا شکار ہوتے ہیں۔ تراور گرم مقامات میں بہت عام ہوتا ہے۔ یہ شل مشورے کہ زمین
 پر یا اس کے نزدیک جو لوگ سوتے ہیں وہ بہت زیادہ مبتلا ہوتے ہیں۔

بیری بیری کا سبب۔ بعض ماہرین کو جراثیمی مرض تصور کرتے ہیں اور بعض کا خیال ہے کہ بادلوں میں
 حیاتین کی کمی کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ ماہرین کا خیال ہے کہ اس حیاتین کی کمی کی وجہ سے جسم کے اندر
 استعداد مرض بڑھ جاتی ہے۔ شاید اس کے بعد اس کا نامعلوم جراثیمہ عدوی پیدا کر سکتا ہے۔

اگر اس مینڈک کی کچی جیم کے ذریعہ جو تھیم کے اندر اس جڑوہ کے داخل ہو جانے کے باوجود یہ مرنے نہیں پیدا ہوتا، بہر حال یہ تھیم ہے۔ یہ مرنے ان دونوں میں پیدا ہوتا ہے جو، یہ پھولوں کے کھانے کے عادی ہوتے ہیں جن کے اوپر سے باریک چھپکے بھی نہ دے گئے ہوں اور یہ بھی امر مسلم ہے کہ ان باریک چھلکوں میں کوئی چیز ایسی موجود ہوتی ہے جو انسانوں کو اس مرنے سے محفوظ رکھتی ہے۔

اس مرنے کی دو قسمیں ہیں۔

(۱) استرخانی۔

(۲) استقانی۔

س کے ماتحت آنکھ کے عوارض حسب ذیل ہوتے ہیں۔

(۱) خلف مقلی التهاب عصب باصرہ۔

(۲) عضلات چشم کا استرخار۔

(۳) قرنیہ اور طمخہ کی حس کی کمی۔

خلف مقلی التهاب عصب باصرہ۔ مشہور عین کو نو نے بیری بیری کے مریضوں میں اندھا پن۔ مرکزی عتمہ اور میدان بصر کا سکڑ جانا دیکھا ہے مگر ان کے ساتھ قمرینی میں کوئی تبدیلی نہیں پیدا ہوتی تھی، مرنے سال کے بعد کو، ٹو، نے معلوم کیا کہ اس اندھا پن کی اصل وجہ خلف مقلی التهاب عصب باصرہ تھا اس نے یہ بھی تحقیق کیا کہ عتمہ اس مرنے میں مرکز سے شروع ہو کر محیط کی طرف بڑھتا ہے۔ مشہور عین میں ایک دوسرے ماہر نے، اس مریضوں کا حال بیان کیا ہے جن میں مرکزی عتمہ موجود تھا اسی کے ساتھ زرد بھارت بھی تھی، ان میں اندھا پن اور زرد بھارت بھی دیکھی گئی ہے۔ ۸ سال کا ایک پرانا مریض دیکھا گیا جو کم روشنی میں اچھی طرح دیکھ سکتا تھا اسی سے مجمع اور شام کے وقت اس کو زیادہ نظر آتا تھا۔ ماہر پاما، تو، نے سب سے پہلے اس بات کی طرف توجہ دلائی کہ ان مریضوں کی قرص بصری میں مدغی جانب ضموری کیفیت پائی جاتی ہے۔ بعد میں کاکوشیما نے اسکی تصدیق کی خلف مقلی التهاب عصب باصرہ کی علامات حسب ذیل ہوتی ہیں۔

(۱) مرکزی عتمہ بات (۲) مرکزی بھارت کی تیزی کی کمی (۳) میدان بصر میں تبدیلیاں۔

منورۃ میں بصری شاؤنادر ہی دیکھنے میں آتا ہے۔

عضدت چشم کا استرخا مرض بیری بیری کی تخفیف کے ابتدائی زمانہ میں ماہرین کی وجہ عضلات چشم کے استرخا کی طرف بہت کم تھی۔ یہ ضرور تھا کہ اس حالت کا تصور بھی کسی قدر ممکن سمجھا جاتا تھا۔ ماہرینس "کا بھی خیال ہے کہ استرخا عضدت چشم شاؤنادر ہی ملتا ہے۔

۱۔ "وچی" سے عضلہ بینی کے استرخا کی طرف اشارہ کیا ہے۔ برازیل میں ایک ڈاکٹر نے حول استرقائی جی س ناس میں دیکھا ہے۔ جو کہ استرخا کی ایک قسم ہے۔ ماہر رائٹ کا خیال ہے کہ شدید مرض کی حالت میں آنکھ کے اندرونی عضدت کا استرخا بھی ممکن ہے۔ ماہر سٹیت "نے بیان کیا ہے کہ ان مریضوں میں آنکھوں میں زرخین مدقہ غائب ہوتا ہے۔ ایک ماہر نے کئی سو مریضوں کا معائنہ کیا ہے اس کو عضلہ مستقیمہ و شہ کے جزئی استرخا سے واسطہ پڑا ہے۔ جن بچوں میں یہ مرض ماں کے دودھ کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے ان میں استرخا رتینی خاص طور پر ملتا ہے۔ شاؤنادر یہ مریض کتاب عصب بصری میں بھی مبتلا دیکھے جاتے ہیں۔ ماں کا دودھ بند کرنے سے آنکھ کی شکایات رفع ہو جاتی ہیں۔

تعمدہ وقتہ کی حس کی کمی۔ اس موضوع پر ہمارے سامنے صرف ماہر میاٹسیا جاپانی کا بیان ہے۔ دوسرے ماہرین نے ان مریضوں کے اندر قریہ کی حس کی بین کمی معلوم کی ہے، علیٰ ہذا القیاس مہمہ کے حس کی کمی بھی ہ۔ فیصدی سے زائد مریضوں میں پانی لگی۔ جب مریضوں کو مرض کی عمومی علامات سے خلاصی حاصل ہو جاتی ہے تو یہ نقص بھی رفع ہو جاتا ہے۔

منظار عینی علامات عین قسم کی ہوتی ہیں۔

۱۔ منظار عین کے ذریعہ دیکھنے پر ممکن ہے کہ تعریینی میں کوئی خاص بات نہ نظر آدے۔

۲۔ قرص بصری کا جزئی منور مشاہدہ کیا گیا ہے جو کہ صدغی بجانب محدود ہوتا ہے۔

۳۔ ممکن ہے کہ ساری قرص بصری میں منور لاحق ہو۔ ماہر ایشا مارا کے نزدیک صرف قرصی و بعضی ایات

عصبی میں منور لاحق ہوتا ہے۔

انذار مرض ممکن ہے کہ بیری بیری کے ابتدائی مدت میں عوارض چشم پائے جائیں مگر عام طور پر یہ چند ماہ کے

بعد شروع ہوتے ہیں، عام مریضوں میں تبدیلی مذ کے جدید حالت درست ہو جاتی ہے۔۔۔۔۔ میں بیک آئی نہیں، یہ مرض ہوتا ہے تو چاول بند کر کے خام قسم کا کھانا شروع کرتا ہے۔ علاج کے دور میں اسے بہت کم ہونا شروع ہو جاتے ہیں، پانی، مالو، سسے، تو جو بھی کھانا شروع کیا تو

دوسرے ماہرین غذا میں اور بھی تبدیلیاں کرتے ہیں۔ اس طرح ایک، دو، تین، چار، پانچ، اور نو مریضوں میں شروع ہو جاتے ہیں۔ اگر یہ طریقہ علاج جاری نہ رکھا جائے اور چاول کھانے کا سلسلہ باز نہ رہے تو اندام مرض خراب ہوتا ہے۔ اندام مرض کی بہتری کے لئے ضروری ہے کہ چاول پر کی بھوسی (دبانے چھلکے کے نیچے) پر یک قسم کی بھوسی چاول پر ہوتی ہے جس کو کھاتے ہیں، دو، دو گریں کے ٹیمپوں میں بھر کر دی جائے اس سے حیاتیات کی پوری ہو جاتی ہے۔ یہ حالت بالخصوص ان لوگوں میں دیکھی جاتی ہے جن کا تھذیب پوری طبع نہیں ہوتا، ان مریضوں میں بھی بنیائی کمی بہت سے زیادہ تبادلات نہیں کرتی۔

میا سٹیا، کے نزدیک گو کہ بعض لوگ کلی طور پر شفا یاب ہو جاتے ہیں، تاہم مختلف مریضوں میں شفا کے درجے مختلف ہوتے ہیں۔ مریض کو دیکھ کر کوئی نہیں کہہ سکتا کہ یہ مریض کئی طور پر شفا یاب ہو جائیگا۔ صرف اتنا کہا جاسکتا ہے کہ مریض بالکل ہی اندھا نہ ہوگا۔

تشریح مرضی۔ قرضی وقتی ایات عصبی کا منور خاص یہ ہے۔ سی سے تمباکو اور شراب نوشی دے اندھا پن سے اس کا مقابلہ کیا گیا ہے۔ نیس، کے طریق معائنہ سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ تمام عصبی ایات کے غلیظ کے اندر تو بی عقل رونما ہوتی ہے۔ اور جن عضلات کے عصبی ایات میں فساد کی کیفیت لاحق ہوتی ہے ان میں بسطاً من من منور نظر آتا ہے۔ خناق و بانی کی طرح بعض عضلات میں اسٹروکار بھی نمودار ہو جاتا ہے۔
علاج۔ غذا میں تبدیلی کی جائے۔ جو غذا دی جائے اس میں تخم اور نٹروجنی اجزاء زیادہ ہوں مگر حجم اور مقدار کے لحاظ سے غذا کم ہونا چاہئے۔ چاول کی بھوسی یعنی کن جس کا ذکر دہرا چکا ہے، استعمال کرتی جائے۔ اچھی آب و ہوا کے ماحول میں مریض کو رکھیں۔ زمین سے زیادہ بندی پر سولائیں۔ اگر اوپر کی منزل پر اس کا قیام ہو تو زیادہ بہتر ہے میگنیشیا کا سہل دیں۔ جو ہر کچلہ اور پیلو کا پین کی تلقیحات دی جائیں۔ دودھ پینے والے بچے اگر مبتلا ہوں تو ان سے ماں کا دودھ چھڑا دیا جائے۔

استقاء و یابی۔ اس کتاب میں اس موضوع پر کفنا خارج از بحث معلوم ہوتا ہے۔ مگر ماہرین نے اس مرض کے ۸۰ فیصدی مریضوں میں زرق الماء دیکھا ہے جس کا مطلب یہ ہے کہ جسم ہڈی سے ترشح کے بڑے جتنے کی وجہ سے تو ترعین زیادہ ہو جاتا ہے عام طور پر زرق الماء ترشح کے باہر خارج ہونے میں رکاوٹ ہونے کی وجہ سے روتا ہوتا ہے۔

علاج۔ مدقہ عین کو نقبض کرنے والی دوائیں ڈالیں، شق صلیبیہ کا عمل جراحی بروکے کار لادیں یا ماہر ایٹ کے عمل جراحی سے کام لیں۔

نسخہ جات

۱۔ اعلیٰ شہم میں عدا ج مختلف دوایں مختلف صورتوں سے استعمال کی جاتی ہیں مبالغہ ان سے نسخہ جات ذیل میں بیان کئے جاتے ہیں۔

اجفان

محلولات - (Lotions)

۱۔ سوڈا پانی کارب Sodium bicarbonate

۲ فیصدی (۵۰ اگرین فی اونس مقطر پانی میں)

پانی اور دوا دونوں کو خوب حل کر لیا جائے۔

۲۔ بوریکس Borax

۲ فیصدی (۵۰ اگرین فی اونس مقطر پانی میں)

استہاب ماشیہ اکھنڈ میں قشری کھنڈ کو گھول کر اٹک کرنے

کے واسطے استعمال کیا جاتا ہے۔ اس کے علاوہ ذیل کا نسخہ بھی اس مقصد کے واسطے استعمال کر سکتے ہیں۔

۱۔ ایسڈ سیلیسیک (Salicylic acid)

۲-۱ فیصدی (۵۰-۱۰۰ اگرین فی اونس پانی میں)

۲۔ ریسارین Resorcin

۲-۱ فیصدی (۵۰-۱۰۰ اگرین فی اونس پانی میں)

۳۔ لائیکو کاربون ڈی ٹریمنس (Liquor carbonis detergens)

۱-۵ قطرہ فی اونس

استہاب جھنی کناروں پر، جنھوں سے قحج کی حالت میں مندرجہ ذیل نسخہ استعمال کیا جائے جو گڑبڑوں کو احتیاط سے ردی کے ذریعہ جذب کر کے لگا کر دینا چاہئے۔

۱۔ سولز ناٹ ریٹ

Silver nitrate

۲۰-۲۵ اگرین تک

پانی

ایک اونس

مقطر پانی

۲۔ پیکریک ایسڈ (Picric acid) ۵۰ اگرین

۱-۱۰ اونس

مقطر پانی

۳۔ سیلیسیک ایسڈ (Salicylic acid) ۵۰ اگرین

۱-۱۰ اونس

مقطر پانی

مندرجہ ذیل مرہموں کو نہ فٹانگی سے جھنی کناروں پر

۵ منٹ تک سے کریں، ورنہ میں تین مرتبہ سواں کر

مراہم

۱۔ سیلیسیک ایسڈ ۵۰ اگرین

مطہریز لین ۱-۱۰ اونس

۲۔ سے محلول "ایڈرنالین" (Adrenalin) کے ساتھ ہمزون ملا کر تلیق کریں، تمام جینی اعمال جرحیہ، سلعہ کے نکالنے اور قطع غنہ کے عمل جرحی میں تلیق کے بعد ۱۰ منٹ تک انتظار کرنے کے بعد آپریشن شروع کریں۔
 "لے لی پن" اور "ایڈرنالین" (۵۰۰ میں ۱)
 ہمزون ملا کر آنکھ کے اندرونی اعمال جرحیہ میں استعمال کریں، بشرطیکہ آنکھ کے اندر التهاب موجود ہو۔

ملحوظ

محلولات

- (۱) بورکسائیڈ (Boric acid) ۲ فیصدی (۵ گرین فی اونس)
- (۲) پیرکلورائیڈ (Perchloride of mercury) آف مرکری (۵۰۰۰ میں ۱)
- ملحوظہ: کو دعوت دینے کے سبب عام طور پر استعمال کئے جاتے ہیں۔ بہتر ہے کہ ان میں ہمزون گرم پانی ملا کر استعمال کیا جائے، سردیوں میں گرم اور گرمیوں میں سرد محلول کا استعمال بھی فائدہ سے خالی نہیں۔
- (۳) بوریکس ۲ فیصدی (یعنی ۱۰ گرین فی اونس) اس میں ہائیڈروسیانک ایسڈ (Hydrocyanic acid dil) تخفیف کردہ ۱ فیصدی ملا کر استعمال کرنے سے لمحہ کی خواہش رنج ہو جاتی ہے۔ اسکا نسخہ دوسرے صفحہ پر درج ہے

- (۲) لے رال (Aiol) ۵ گرین
- مطہ ویزلین ۱ اونس
- (۳) ریسارین (Besorain) ۱۰ گرین
- مطہ ویزلین ۱ اونس
- (۴) اکتیوال (Ichthyol) ۵ گرین
- مطہ ویزلین ۱ اونس
- (۵) زرد سیابی مرہم
- ایڈرارجنی آکسائیڈ (۲-۱۰ گرین تک)
- (Hydrargri oxidi flavi) ۱ اونس
- مطہ ویزلین
- یہ مرہم جینی کناروں کے واسطے مفید ہے۔

مقامی تخدیر کے واسطے زیر جلدی تعلقات

- (۱) نووکین (Novocain) ۲ فیصدی (۵-۱۰ گرین)
- مقطر پانی ۱ اونس
- (۲) ستوین (Stovain) ۱ فیصدی (۵ گرین)
- مقطر پانی ۱ اونس
- (۳) لے لی پن (Alypin) ۵ گرین
- مقطر پانی ۱ اونس
- مذکورہ دو انیس کوکین (Cocain) سے کم
- ستیت رکھتی ہیں "نووکین" کا محلول ۲ فیصدی (۱۰ گرین فی اونس) کے حساب سے تلیق کر کے مقلد میں پر عمل جرحی کیا جاسکتا ہے، کیس دمی کے نکالنے میں مقامی تخدیر کے لے ۲ فیصدی نووکین (۵۰۰ میں ۱) کی طاقت

بوریکس

۵ سے ۱۰ گرین

ایسڈ ہائیڈرو سائیٹک (مخفف)
(Acid hydrocyanic dil)
۵ قطرے

مقطر پانی

۱ اونس

دواؤں کو پانی میں حل کر کے محلول بنایا جائے۔

۱۳ پشگری

(Alum)

۵ گرین

مقطر پانی

۱ اونس

علاوہ اس محلول کے فرمن التھاب مٹھہ میں پشگری
کی قلم اجغان کو پٹ کر لگائی جاتی ہے۔

(۱۵) زنک سلفٹ (Zinc sulphate) ۲ گرین

مقطر پانی

۱ اونس

عصارہ زوجیہ والے التھاب مٹھہ کے لئے خاص چیز ہے
دن میں تین یا چار مرتبہ ڈالا جائے۔

یہ محلولات فرمن التھاب مٹھہ میں ستنوں کے جاتے ہیں

(۱۶) ٹنن (Tannin) ۱ سے ۲ گرین

کاپر سلفٹ (Copper sulphate) ۱ گرین

سودیئم سوزلے ڈال (Sodium Sozoiodol) ۱۰ سے ۵۰ گرین

زنک سلفو کاربویٹ (Zinc sulpho carbolate) ۲ سے ۴ گرین

مقطر پانی

۱ اونس

نوتیا کی قلم رد جیسی میں جغان کو پٹ کر لگائی جاتی ہے
مگر روزانہ نہ لگائی جائے بلکہ ایک دن کا وقفہ دیکر

لگائیں تاکہ اس کا رد عمل بہت زیادہ نہ ہو، بعضی المانج و منسوب
میں پتے کو کین محلول ڈالا جائے تاکہ ٹھیک کر سہو۔

فرمن التھاب مٹھہ میں استعمال کئے جاتے ہیں۔

(۱۷) کوئین سلفٹ یا ہائیڈرو کلور

Quinine sulphate or hydrochloride
۵ گرین

مقطر پانی

۱ اونس

التھاب مٹھہ خناق و بانی میں بہت ہے کہ کوئین ہائیڈرو
کلورائیڈ استعمال کی جائے، اگر سلیٹ استعمال کی جائے
تو کم سے کم سلیٹورک ایسڈ اس کے حل کرنے میں ستنوں کو کین

(۱۸) کیو پرو سٹروں (Cupro etrol) ۵ - ۱۰ گرین

گھیسری

۱ اونس

دوبوں میں خاص طور پر اجغان کو پٹ کر لگایا جائے۔

(۱۹) ایسڈ لیکٹک (Acid lactic) ۳۰ فیصدی

سے لیکر خالص ایسڈ تک مٹھہ کے دینی مددی کے لئے

استعمال کیا جاتا ہے۔

(A. B. Z. Lotion)

۲ گرین

Alum

بورک ایسڈ (Boric acid) ۵ گرین

زنک سلفٹ (Zinc sulphate) ۱۱ سے ۲۰ گرین

مقطر پانی

۱ اونس

جس پیدا کرنے والا محلول کو معمولی حد میں ستنوں

کر سکتے ہیں اس کے اندر وینم اپیلی Vinum opii

۵. سو فو ل Sophol ۵ سے ۱۰ گرین

۱ اونس مقطر پانی

اس کو روہوں میں اور سوزا کی ر د میں بھی استعمال کرتے ہیں۔

تیز محلولات

(۱) سلور نائٹریٹ (Silver nitrate) ۱۰ گرین

۱ اونس مقطر پانی

ماہ التھاب ملحقہ، ر د میسی، میں اس کے علاوہ دوسرے محلول بھی استعمال کئے جاتے ہیں۔

(۲) آر جیرول (Argyrol) ۲۵ سے ۱۰۰ گرین تک

۱ اونس مقطر پانی

(۳) پروٹارگول (Protargol) ۲۵ سے ۵۰ گرین تک

۱ اونس مقطر پانی

(۴) پریکلورائیڈ آف مرکری
Perchloride of mercury ۲ سے ۵ گرین تک

۲ ڈرام گلیسرین (Glycerin)

۱ اونس مقطر پانی

یہ دوا بہت تیز ہوتی ہے، جنھان کو ہٹ کر لگانا چاہیے اور فائل دوا کو اجھان پر سے دھو کر صاف کر دینا چاہئے بہتر ہے کہ (پریکلورائیڈ آف مرکری) کے کچھ ... میں طاقت کے محلول پر اکتفا کریں۔

واقفہ فی دن بھی کر سکتے ہیں کسی مددک یہ محلول
سکن ثابت ہوتا ہے

(۱) ریسارین Resorcin ۵ سے ۱۰ گرین

۱ اونس مقطر پانی

دن میں دو مرتبہ ڈالا جائے بعض اوقات نرسن التھاب ملحقہ میں بہت مفید ہوتا ہے۔

(۲) سوڈائی بوراس (Soda biborate) ۱۰ گرین

۲ گرین ایسڈ بورک

۱ اونس مقطر پانی

دو میل تھاب ملحقہ میں مفید ہے دن میں دو تین مرتبہ آنکھ میں ڈالا جائے۔

(۳) ہیزلین (Hazelin) ۱ ڈرام

۱۰ گرین بورک ایسڈ

سوڈائی سلس (Soda salicylate) ۲ گرین

۱ اونس مقطر پانی

تھاب ملحقہ بانٹوس نرسن تھاب میں اور کانسک ٹنگن کے بعد بطور سکن کے استعمال کر سکتے ہیں۔

(۴) سیرگول Syrgol ۲۰ سے ۲۵ گرین

۱ اونس مقطر پانی

مخمس موہر سوزا کی التھاب ملحقہ میں ڈالا جائے دن میں ۲-۴ مرتبہ ڈالیں۔

قطرات Drops

عابن د میں نگہ میں قطرہ کے طور پر استعمال
کے سے استعمال کی جا سکتی ہیں مگر سوزنا نہایت کوس
طریقہ پر نہ استعمال کرنا چاہئے کیونکہ زیادہ دیر تک
اس کے استعمال سے منہ زنگین ہو جاتا ہے۔

(۱) کوکین ہائیڈروکلورائیڈ

Cocain hydrochloride ۱۰ سے ۲۰ گرین

مقطر پانی ۱ اونس

نگہ میں تخذیر پیدا کرنے کے واسطے ۵-۱۰
کے وقفہ کے بعد ایک ایک قطرہ آنکھ کے اندر ڈالنا ہے
اس طرح کمال تخذیر پیدا ہو جاتی ہے۔ قوی و ممتحن تخذیر
۵-۱۰ دانت کے بعد ۴ قطرے ڈالنے سے کمال عباتی
ہے مگر دو ڈالنے کے بعد درمیانی وقفہ میں نگہ کو بند
رکھنا ہے اور نہ قوی بشرہ و تیز جاتا ہے۔ آنکھ کے
اندرونی عابن ہریم میں دوسری آنکھ کے اندر بھی ایک
قطرہ دو اکا ڈالنا چاہئے تو بہتر ہے۔

(۲) مین یونین B. eucain hydrochloride ۱۰ گرین

خط پانی ۱ اونس

(۳) اے لی پین Alypin ۱۰ گرین

مقطر پانی ۱ اونس

(۴) نوکین Novocain ۱۰ گرین

مقطر پانی

۱ اونس

۱۰ سے ۲۰ گرین ۱۰ سے ۲۰ گرین

۱ اونس

مکورد طور سے بھی بچے کو مین مملوں کے استعمال
کے جاتے ہیں۔ بنی پاکین اور لے نی مین مملوں
سے بچہ چیلنی نہیں دیر دو نوں کو کین سے کہ سخی ہیں
مگر نگہ میں چن چاہت پیدا کرتے ہیں۔ نوکین اور
ہیڈروکین مملوں بھی تخذیر کے سے استعمال کے جاتے ہیں
ممتحن و ممتحن تخذیر کے سے ممتحن ہیڈروکین مملوں
کافی ہوتا ہے مگر نہ ممتحن کے سے ممتحن ہیڈروکین
حالت کا استعمال کیا جائے۔

ڈایونین (Dionin) ۱۰ سے ۲۰ گرین

مقطر پانی ۱ اونس

ملاوہ ازیں ڈایونین بھور سفوفک بھی آنکھ میں ڈال
سکتے ہیں۔

م مملوں کے ڈالنے سے آنکھ میں بیچ بڑا جاتا ہے لیکن
زیادہ دوز تک استعمال کر کے اسے اس کا رد عمل نہ دے گا
ہو جاتا ہے مگر ڈالنے کے بعد مریض کو آنکھوں میں
جلن محسوس ہوتی ہے مگر بہت جلد یہ جلن زائل ہو جاتی کہ
پس مرتبہ صبح کو خود اپنے ہاتھوں سے ڈالنا چاہئے۔
معدوی دوران میں اس سے تحریک پیدا ہوتی ہے

مطہر ویزلین (Vaseline) ۱ اونس
خوب ملا کر مرہم بنالیں۔

اجفان کو چپکنے نہیں دیتا۔ اور چونکہ اس کے لگانے سے
آنکھ چپکتی نہیں اس لئے اندر کا مواد رکھنا نہیں رہتا۔

(۲) ہائیڈروکسی آکسی ڈائی ٹلے ڈائی
Yellow oxide of mercury ۵ سے ۱۰ گرین

مطہر ویزلین ۱ اونس
بطور محرک اور دافع تعفن کے استعمال کیا جاتا ہے۔ التهاب
لمحہ بثری اور فرمن التهاب لمحہ میں مستعمل ہے۔

یانرین (Yalerin) ۲ فیصدی کائنول ۱۲ سی سی
میں ملتی کر کے (دوبہ) اور قرص قرنیہ میں بھی غارہ
ہوتا ہے۔

قرنیہ

قرنیہ کو دھونے کے واسطے دہی محلولات استعمال
کئے جاتے ہیں جو کہ لمحہ کے واسطے یا بس دوائیں قرنیہ
کے لئے استعمال نہیں کی جاتیں۔

(۱) سلور نائٹریٹ ۵ گرین

مطہر پانی ۱ اونس

قرنیہ کے محلی قروح میں لگانے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔
(۲) قلع کاربولک ایسڈ

ارتشامی قروح کے جلانے کے کام میں آتا ہے۔

قطرات

آنکھ میں ٹپکانے والی دوائیں دہی ہیں جو معمولی
طور پر استعمال کی جاتی ہیں، ان میں سے اکثر باسط

اسی وجہ سے مختلف قسم کے امراض میں استعمال کیا جاتا
ہے۔ سماہ قروزی، التهاب سببیہ، التهاب ہڈی پنی
میں صیاط کے ساتھ استعمال کیا جائے۔

زیر لمحہ قطعات

زیر لمحہ تیغ کے واسطے ۲ سے ۱۰ فیصدی طاقت

تک تکین محلول استعمال کیا جاتا ہے۔

نمک سوڈیم کلورائیڈ (Common salt) ۱۰ گرین

مطہر پانی ۱ اونس

ایک وقت میں ۵ سے ۱۰ قطرے زیر لمحہ تیغ کئے جائیں۔

(۲) شکر (Sugar) ۱-۲ فیصدی
۵-۱۰ گرین

مطہر پانی ۱ اونس

شکر کا محلول سی سی تیغ کیا جاتا ہے قرنیہ کی سماہ کیفیت
کو جذب کرنے کے لئے مفید ثابت ہوتا ہے اس سے کوئی
تخفیف نہیں ہوتی۔

(۳) مرکری سائیڈائیٹ ۱۰ گرین

مطہر پانی ۱ اونس

مرکری سائیڈائیٹ کا محلول ایک سی سی زیر لمحہ تیغ کیا جاتا
ہے قرنیہ کی سماہ کیفیت کو جذب کرنے کے واسطے مفید
ہوتا ہے مگر عمل اس کا شدید ہوتا ہے۔

مرہم

(۱) بورک ایسڈ (Boric acid) ۵۰ سے ۵۰۰ گرین تک

کیا جاتا ہے مرہم کی حالت میں بھی استعمال کر سکتے ہیں
 (۵) ہائیڈروکسائیڈ آف کالسیائی آکسائیڈ والی | اگرین سے
 Hydrargri oxidi flavi | ۱۰۰ گریں

معطر دیزلین

پسے اس کا استعمال ہلکی طاقت سے شروع کریں اور پھر
 رفتہ رفتہ اس کی طاقت بڑھاتے جائیں، اسمانی حالت کو کم
 کر کے سے سنتوں کی جوتا ہے۔ ڈیزلین کا مرہم بھی
 مفید کے واسطے مستعمل ہے۔

باسطہ حد قدہ درمیں اور ان کے نسخے۔

(۱۱) ایٹروپین سلفیٹ

Atropin sulphate ۲۰ گریں سے ۵۰ گریں تک

معطر پانی | اونس

(۱۲) ہوسین Hyoscin ۱۰ گریں سے ۲۰ گریں تک

معطر پانی | اونس

(۱۳) سکوپولامین ہائیڈروبرومائیڈ
 Scopolamin hydrobromide ۱۰ گریں سے ۲۰ گریں تک

معطر پانی | اونس

(۱۴) ڈوبائوسین
 Duboisin sulphate ۱۰ گریں سے ۲۰ گریں تک

معطر پانی | اونس

(۱۵) ڈاٹورین
 Daturin sulphate ۱۰ گریں سے ۲۰ گریں تک

مردہ مرنے والے ہیں، شاید زیادہ سے بعض مردہ ۱۰ گریں بھی سنتوں
 کی جاتی ہیں۔

(۱۶) فلوورسین Fluoresceine ۵۰ گریں سے ۱۰۰ گریں

سودا ہائیڈروکربوٹ | اونس

معطر پانی | اونس

تھوڑے سے، بڑے سے، یا کسی بھی مقدار میں سے
 میں ڈالا جاتا ہے۔

علاجی Ointments

جو مرہم سمجھ کے سے استعمال کے پاتے ہیں وہی
 دیکھ کے سے بنی سنتوں ہیں۔

(۱۷) آیڈو فورم Iodoform ۱۰ گریں سے ۲۰ گریں تک

معطر دیزلین | اونس

(۱۸) زیرو فورم Xeroform ۱۰ گریں سے ۲۰ گریں تک

معطر دیزلین | اونس

(۱۹) آئرول Aiol ۱۰ گریں سے ۲۰ گریں تک

معطر دیزلین | اونس

مذکورہ مرہم قوی قوت کے، اندام کے سے استعمال

کئے جاتے ہیں۔

(۲۰) ڈیونین Dionin ۱۰ گریں سے ۲۰ گریں تک

معطر دیزلین | اونس

باسطہ حد قدہ دوائیں جن کو محمولات کی صورت میں استعمال

مقطر پانی

۱ اونس

ناشر مددہ ذکورہ دواؤں کو بھور معمول یا مرہم کے استعمال کر سکتے ہیں۔ اور یہ قروح قرنیہ، التهاب غنہ، استہار جسم ہڈی وغنیہ میں استعمال کی جاتی ہیں۔ مگر ایتروپین کا محلول بہت عموماً کے ساتھ اس مقصد کے لئے کام میں لایا جاتا ہے۔ اور جب اس سے خراش پیدا ہوتی ہے تو اس وقت دوسری دواؤں کو اختیار کرتے ہیں۔ ہائیوسین کے استعمال سے بعض اوقات ہڈیاں لاحق ہو جاتی ہیں اس لئے اس کے استعمال میں احتیاط کا خیال رکھیں۔

۱۱. ہوم ایتروپین Homatropin hydrobromide ہ گرین

مقطر پانی ۱ اونس

۱۲. ہوم ایتروپین ہ گرین

کوکین ہائیڈروکلورائیڈ
Cocain hydrochloride ۵ سے ۱۰ گرین

مقطر پانی ۱ اونس

۱۳. یونٹھالین ۵ سے ۱۰ گرین

(Euphthalmin hydrochloride)

مقطر پانی ۱ اونس

ذکورہ بالا ادویہ کے محلولات کو اندھانی خرابیاں معلوم کرنے کے واسطے، تعریضی کے شبکی انعکاس کو دیکھنے

سے پہلے مددہ میں کو منبسط کرنے کے لئے استعمال کرتے ہیں۔ بچوں اور جوانوں میں اس مقصد کے لئے صرف ایتروپین محلول استعمال کیا جائے، مونٹروالکات غنہ و غلات مدسی میں تشخص کے لئے بھی انکو استعمال کیا جاتا ہے۔ انعطافی خدیوں کے امتحان کے لئے اگر ان محلولات کو کسٹرائل (Castoroil) میں مل کر تیار کیا جائے تو زیادہ موثر ہوتے ہیں یعنی ان کا عمل زیادہ صحیح اور یقینی ہوتا ہے۔

۱۴. کوکین ہائیڈروکلورائیڈ Cocain hydrochloride ۱۰ گرین

مقطر پانی ۱ اونس

بعض اوقات بوڑھے اشخاص کے تعریضی اور مددہ کا معائنہ کرنے کے لئے ناشر مددہ دوا کے طور پر یہ محلول استعمال کیا جاتا ہے اس سے تو تعریض کے بڑھنے کا خطرہ کم رہتا ہے۔ اور اس کے اثر کو فوری طور پر قابض مددہ دواؤں کے اثرات سے زائل بھی کر سکتے ہیں۔

قابض مددہ دوائیں

۱۵. پیلوکارپین ہائیڈروکلورائیڈ
Pilocarpin hydrochloride ۲ یا ۴ گرین

مقطر پانی ۱ اونس

۱۶. ایسیرین ہائیڈروکلورائیڈ
Eserin or physostigmin sulphate ۱۰ گرین

مقطر پانی ۱ اونس

(۳) ایسرن

اگرین سو گرینک

کوکین

ہ گرین

مفتہ پانی

دن

ان کا استعمال زرق المار میں کیا جاتا ہے اور کوکین

کا اثر دوسری دوا کے انجذاب میں مدد دیتا ہے۔

قابض عروق دوائیں

ایڈرے نالین (Adrenalin) ایکٹرو

میں ان کی طاقت کا محلول، اگر اس کو کوکین محلول میں

شامل کر لیا جائے تو دوا کے حامل جرحیہ میں مناسب

ہوتا ہے۔ نووکین میں حار تر فیض کر کے کیس دمی کا

اپریشن کیا جائے، بعض اوقات طحمتہ کے استہاب

میں بھی استعمال کیا جاتا ہے۔ ایسی صورت میں اگر

۱/۴ فیصدی کلورے ٹون (Chlorotone)

مذکورہ محلول میں ملا کر استعمال کریں تو خراش کے سنے

بہت زیادہ مفید ہوتا ہے۔

(۱) نووی فارم (Novi form) ۲۰ سے ۵۰ گرین

مطہ ویزلین سفید

(۲) نووی فارم ۲۰ سے ۵۰ گرین

مطہ ویزلین سفید

التهاب یا پس اور قروزی قروح میں استعمال کرنے کے سنے۔

کوکین سو گرینک

Ammonium sulphochthyo

کوکین

۱ (۱) ویزلین سفید (Vaselin)

جلدی اکڑیا کے لئے۔

۱ (۲) زنک سلف (Zinc sulph)

کوکین

۱ (۳) ویزلین سفید

علی، زخوبی کی وجہ سے پیدا ہونے والے زخمین التهاب طحمتہ کے سنے

۱ (۴) سوکیمیٹ (Sulimate of Mercury)

۱ (۵) ویزلین سفید مطہ

قرنیہ کے زخم میں استعمال کیا جائے۔

۱ (۶) کلورسٹریٹ

۱ (۷) مطہ ویزلین سفید

۱ (۸) کیو پروشرال (Copper oilrol)

۱ (۹) مطہ ویزلین سفید

(۱۰) کیلومل (Calomel)

بہتری التهاب طحمتہ میں جو سفوف سفوف کریں سر کے

ادویہ کی مہرچہ نکال دیں مروجہ دوا یک ہونا چاہئے۔

(۱۱) نووی فارم - زخموں کے واسطے

(۱۲) نووی فارم - زخموں کے واسطے

(۱۳) ڈائیونین - قروزی قروح میں استعمال ہے۔

تھم جھنڈی سفید خوب باریک کر کے روغن کرکے
 یہ تیل کریں اور روزانہ دو تین مرتبہ دو دو قطرہ
 آنکھ میں چکائیں۔

(۳) گل ارمنی لافان لودھ پٹھانی رسوت زرد مامشا
 ۸۱ ۸۱ ۸۱ ۸۱ ۸۱

کافور ادلی کی پتی کے پانی میں بنا کر روغن بادام
 ملا کر اجفان پر ضاد کریں۔

(۳) منغ کی چربی روغن گل موم خام میں مرکی
 ۸۶ ۸۶ ۸۶ ۸۶ ۸۶

زعفران خالص اور لودھ پٹھانی باریک کر کے
 ۸۲ ۸۲
 مرہم بنائیں اور آنکھ میں لگائیں۔

مذکورہ نسخے فعلیات اورم، دبا زت اجفان میں
 مفید ہیں اجفان کی خشکی، خارش، اور جھنی کناروں
 کے زخمی ہونے کی صورت میں بھی ان سے فائدہ
 ہوتا ہے۔

(۱) انزروت اشق ہلید سیاہ سرمہ صفائی
 ۸۶ ۸۶ ۸۶ ۸۶ ۸۶

گو باریک پس کر بطور سرمہ لگائیں۔

(۲) یکینج کشمہ جت اور گل ارمنی کافور ادلی میں بنا
 ۸۱ ۸۱ ۸۱

اجفان پر لگائیں

۸۱ ۸۱ ۸۱ ۸۱ ۸۱

زعفران خالص کو موم خام اور روغن زیتون کے
 ۸۱ ۸۱ ۸۱ ۸۱ ۸۱

ساتھ ملا کر مرہم بنائیں۔

(۴) موم خام اور منغ کی چربی میں گل ارمنی حل کر کے
 ۸۶ ۸۶ ۸۶ ۸۶ ۸۶

مرہم بنا کر لگائیں۔

مذکورہ نسخے سفید، جھنی، دھبہ، جھنی میں مفید ہیں
 کے علاوہ نیند قسح کی رنجش جھج ہونے کے وقت بھی
 (۱) ورق زیتون مارشیت عدون میں شادنی عدسی

۸۱ ۸۱ ۸۱ ۸۱ ۸۱

کاشیات بنا کر اجفان کو پخت کر دے گریں۔

(۲) نمبر زرد نوشہ کا فوہ خالص کشمہ جت سند
 ۸۶ ۸۱ ۸۱ ۸۱ ۸۱

کے ہمراہ ملا کر جھنی کناروں پر لگائیں۔

(۳) نفل سیاہ زعفران خالص مرکی انزروت صفائی عربی

۸۱ ۸۱ ۸۱ ۸۱ ۸۱

کے پانی میں گوندہ کر جھنی کناروں پر لگائیں۔

یہ نسخے عکبہ اور حربہ الاجفان میں مفید ہیں۔

اگر آنکھ میں سرخی، جلن اور کھٹک ہو تو مندرجہ ذیل
سنجے استعمال کریں۔

(۱) کانور خالص چھ ماشہ کو باریک پیس کر روغن چیلی کے ساتھ
کابل بنائیں اور روزانہ لگائیں۔

(۲) رسوت زرد صندل سفید شب یانی کو باریک پیس کر

۸۱ ۸۱ ۸۱

ایون کے پانی میں گویاں بنائیں اور عرق ٹکاب میر

گولیوں کو گیس کر جھان دوڑانے کناروں پر لگائیں

مندرجہ ذیل سنجے مختلف اقسام کی رمدہ تھکے کی سرخی

درم وغیرہ میں مفید ہیں۔

(۱) رسوت زرد شب یانی کت دریا چاکسور مقشر

۸۱ ۸۱ ۸۱ ۸۱

کامناد املی کی پتی کے پانی میں بنا کر نیم گرم اجھان

اور جھنی کناروں پر ضاؤ کریں۔

(۲) مذکورہ نسخہ میں ایون خالص کا اضافہ کریں اور پوست

خشناش کے جو شاذ سے سے تکمید کریں بشرطیکہ درودادہ

درم زیادہ ہو۔

(۳) گل ارمنی لودہ پٹھانی آنبہ لہدی ہیدیاہ گل پٹلی

۸۶ ۸۶ ۸۶ ۸۶

پوست خشناش کے جو شاذ سے سے میں ترکیب کے اکھ پر پھیرے ہیں

۴ ۴ ۴

کندر صغ عربی کتہا کاب پانی میں بھون کر باونکو

۸۱ ۸۱ ۸۱

موز کر اس سے پکا دیں۔ اندرونی سوار جھنی کو بھی باہر

کھینچ کر ایک پتی بنی پر عاب لگا کر اس کے ذریعہ کسی قدر

دست کر سکتے ہیں۔

(۲) نوشادر کت دریا جذبید ستر کا ضاؤ بالوں کو

۸۱ ۸۱ ۸۱

اوکھاڑ کر جھنی کناروں پر لگائیں۔

یہ سنجے شعر منقلب اور شعر زائد کے لئے مفید ہیں۔

(۱) ازروت سکر طبرزد کت دریا کا سفوف جھنی

۸۱ ۸۱ ۸۱

کناروں پر چھ کریں۔ استفاق اجھان کے لئے مانع ہو۔

(۱) اکیل اسک تخم صند پانی میں بھون کر اسے تکمید کریں

۸۶ ۸۶ ۸۶

(۲) قشر خرپڑہ اور شیاف امشیا کا ضاؤ پیشانی پر لگایا جائے

۸۲ ۸۲

امشیا امشیا کا نسخہ آگے بیان کیا جائے گا۔

(۳) آرد جو عنب شطب بہدانہ مازو سے بزرگنار فاری

۸۲ ۸۲ ۸۲ ۸۲ ۸۲

کا ضاؤ کپٹی اور پیشانی پر لگائیں۔

صل کر کے دودھ قطرے دن میں تین چار مرتبہ آنکھ میں
ڈالیں۔

(۲) گشتہ جست انزروت معطلی رومی کثیر

۸ ۸ ۸ ۸

صمغ عربی کو باریک کر کے کوسے کی پتی کے پانی
۸ میں شیات بنائیں اور سفیدی بیضہ مرغ
میں گھس کر لگائیں۔

(۳) اقلیہ ارفضہ سفیدہ مغول نشاستہ ایون کثیر

۸ ۸ ۸ ۸

کو باریک کر کے بدست کے پانی میں شیات بنائیں اور
سفیدی بیضہ مرغ میں گھس کر لگائیں۔

(۴) اقلیہ ارفضہ سفیدہ مغول مکی کھل محرق

۸ ۸ ۸ ۸

نشاستہ جست محرق پانی میں شیات بنا کر

۸ ۸

انڈے کی سفیدی میں گھس کر لگائیں۔

اگر صنعت بصر اور روند کی شکایت ہو تو ذیل کا

منفعہ استعمال کریں۔

(۱) سرمہ سیاہ گشتہ جست رسوت زرد و زعفران میں

۸ ۸ ۸ ۸

سہاگہ چوکیہ بریاں نطفہ سیاہ کھاسے کے پتے

۸ ۸ ۸ ۸

۸ ۸ ۸ ۸

۸ ۸ ۸ ۸

(۲) صدف صادق شب یانی سہاگہ چوکیہ بریاں

۸ ۸ ۸ ۸

توتیا رہبریاں اقلیہ ارفضہ کھت دریا

۸ ۸ ۸ ۸

قرنفل گدار بادیان خوب باریک پس کر

۸ ۸ ۸ ۸

روغن بادوسہ شیریں میں خوب مل کریں درمیں شام

تولہ دودھ قطرے آنکھ میں ڈالیں۔

(۳) اقلیہ ارفضہ سرمہ اصغہانی زعفران خالص

۸ ۸ ۸ ۸

دودھ پٹھانی نبات سفید ماسیران چینی

۸ ۸ ۸ ۸

باریک کر کے مثل سرے کے استعمال کریں۔

اگر قرنیہ میں زخم ہو تو مندرجہ ذیل نسخے استعمال کریں

(۱) انزروت شب یانی سنگ بصری مندل سفید

۸ ۸ ۸ ۸

لاذن مروریدنا سفید شہد خالص میں خوب

۸ ۸ ۸ ۸

میں۔ آب گھول کریں اور دوسرے سے سوئے وقت لگائیں

(۲) آب پیاز آب اورگ آب بادیان ملا کر سلائی سے

۸۳ ۸۳ ۸۳ ۸۳ اولہ آنکھ میں لگائیں۔

۸۳ ۸۳ ۸۳ ۸۳ پانی میں غسل سیاہ کنوں کے سلائی

اولہ دودھ سے لگائیں۔

ذیل میں چند قراب دینی نسخے شیفات اور سرے کے

کے ہوتے ہیں جو کہ امراض چشم میں مفید ہیں

(۱) شیفات انیس۔ آنکھ کے مادہ امراض میں مفید ہے

درد انیس کے ساتھ اور دو آنکھوں کی طرف سے

سے روکتا ہے۔

نشاہت پییدہ اور زیر صمغ عربی کیترا

۸۳ ۸۳ ۸۳ ۸۳

سب دواؤں کو خوب گھول کر کے لعاب اسپنول یا سفیدی

بیشک مرغ میں ملا کر شیفات بنائیں۔ ضرورت کے وقت

عورت کے دودھ میں ملا کر آنکھ میں چکائیں تسکین درد

کے سے اسی سے ۸۳ ۸۳ ۸۳ ۸۳ افیون کا انفاذ کریں یہی

صورت میں اسکو شیفات افیونی بھی کہتے ہیں۔

(۲) شیفات ساق صغیر۔ رد احرار و استہاب شیم، حکم

دودھ و جرب، منہ و مدق و ماق اور التفاق اجفان

کے لئے نافع ہے۔

ساق بھدائہ سفید آب کیترا کافور بدستور

۱۰ اجزا ۱۰ اجزا ۱۰ اجزا ۱۰ اجزا ۱۰ اجزا

شیفات تیار کر کے استعمال کریں۔

(۳) شیفات ویزج۔ جرب اکندہ اس ۱۰۰

دو ہر ہال کو مفید ہے۔ یونانی لغت میں "ویزج"

کے معنی سیاہ کے ہیں۔

زنگار صمغ عربی اشق اقلیمیا سے ملا، افیون

اولہ اولہ اولہ اولہ ۸۶ ۸۶ ۸۶ ۸۶

بہت سب دواؤں کو خوب باریک کر کے

۸۳ ۸۳ ۸۳ ۸۳ پانی میں ملا کر شیفات بنائیں۔

(۴) شیفات۔ بوسل سب کو نفیس ہے، سب اور بھدائہ

کو قوی کرتا ہے۔ (۵) ازبیاں جدا مجید حکیم شریف نامی حرم

زنگار سکینج اشق زرد چوب سمندر میاں نکالا ہوا

۸۳ ۸۳ ۸۳ ۸۳

سب دواؤں کو باریک کر کے چھت کر سوائف کے پانی

میں (جو) کے مانند شیفات تیار کریں اسایہ میں خشک

کر کے ضرورت کے وقت پانی میں گھس کر سلائی سے لگائیں

(۵) شیفات ووقہ۔ رد بیری میں مفید ہے

میران پنی گل سرخ رسوت زرد شیفات مامی

۸۳ ۸۳ ۸۳ ۸۳

نشاہت کیترا زعفران خالص باریک کر کے

۸۳ ۸۳ ۸۳ ۸۳

آب کاسنی میں ملا کر شیفات بنائیں اور ضرورت کے

سب کو کھڑے کر کے سر نہ بنائیں، درمیان و مشام تک

میں رکازیں

۱۔ کھل افریاد - تقویت بھارت کے لئے نہایت
مفید ہے۔

غیرت سے سوختہ فلفل سیو خستہ بیدار و سوختہ

۴ عدد ۹ ۶۰ عدد

سرمہ کی طرح باریک پیس بر آٹکھوں میں لگا میں۔

۔۔۔۔۔

سیاہ سیسہ چنے سیسہ کو گھلا کر اس میں پارہ

تور اتور ذرا سیسہ بوجھا دے

اس کے بعد باقی دوا یہ دوا دینا بہت ہی مہندی کے

دانی میں پختہ روز تک کھڑے کر کے خشک ہونے تک

تیشی میں ڈالیں اور سہ کے طرح صبح و شام

کو لگائیں۔

۱۔ کھل بقر اٹھی باریک چیمہ کے تھیلے میں بیدیں

ہے تو رتبہ ہی عامہ میں اس کا کلیہ قلع کر دیتا ہے

سٹیشہ بہ حق نموں بورہ رینی زہد ابجو

۸۶ ۸۳ ۸۲

۱۹۲۳ء میں مولانا صاحب نے ایک کتاب "The History of the Urdu Language" لکھی۔ اس کتاب میں انہوں نے اردو زبان کی تاریخ اور اس کے ارتقاء کے بارے میں مفصل طور پر بحث کی ہے۔ یہ کتاب اردو زبان کے محققین اور طالب علموں کے لیے ایک قیمتی سرمایہ ہے۔

(۱) دائیں اکرے کی پیمائش $\frac{11}{18}$ تھی۔ اور بائیں اکرے کی پیمائش $\frac{10}{18}$ تھی۔

(۲) اس میں سے ایک تھی۔ $\frac{10}{18}$ تھی۔ اور باقی $\frac{11}{18}$ تھی۔

اس کتاب میں مولانا صاحب نے اردو زبان کی تاریخ اور اس کے ارتقاء کے بارے میں مفصل طور پر بحث کی ہے۔ یہ کتاب اردو زبان کے محققین اور طالب علموں کے لیے ایک قیمتی سرمایہ ہے۔

یہ کتاب تصاویر ہائے عربیہ کے شائقوں کی خاصی پسند آئے گی۔



(۱) طبعی حالت والی اکرے •



وہی ہے، کہ جن کے آپ مسئلہ عہد کے پہلے تھے۔ آپ افسر تھے۔ آپ افسر تھے۔ آپ افسر تھے۔ آپ افسر تھے۔



وہی ہے، کہ جن کے آپ مسئلہ عہد کے پہلے تھے۔ آپ افسر تھے۔ آپ افسر تھے۔ آپ افسر تھے۔ آپ افسر تھے۔

تمت

مضیان چشم کے متعلق ابتدائی تحقیقات

صحیح اور اصولی معلومات صرف باقاعدہ اور با ترتیب تحقیقات ہی سے ذریعہ حاصل ہو سکتی ہیں۔ ان معالجین کی توجہ اس طرف مبذول کرانی جانی ہے کہ وہ مضیان چشم کا مطالعہ مندرجہ ذیل ترتیب کے ساتھ کریں۔

- ۱۔ مریض کی عمومی حالت کے متعلق پوری تفتیش کی جائے۔
- ۲۔ سر کی وضع۔ بیرونی عضلات چشم کے استرخا میں سر کی وضع مخصوص اور نوعی ہونی چاہیے۔
- ۳۔ چہرہ ۵۔ چہرہ کی دونوں طرف کی وضع، عصب کا ستر فار، جلد کے مریض۔
- ۴۔ ہونٹوں کا مقام اور وضع، استرخا جفنی کی حالت میں عضلہ جہیہ کے زیادہ انقباض کی وجہ سے۔
- ۵۔ منہ۔ جھونکا لیں، اور آنکھ کا اندر کی طرف دھنسا ہونا۔
- ۶۔ مقلہ چشم۔ (۱) مقام اور وضع، (۲) حرکات

- ۳۔ حجم اور شکل، آنکھ کا طبعی حالت سے چھوٹا ہونا۔ زرق لمار، قلعہ، تنفیخ قرنیہ۔
- ۷۔ اجفان، (۱) وضع، استرخا جفنی، استرخا جفنی، اندرونی و بیرونی۔
- (۲) فتحة العین، استرخا جفنی، جھونکا لیں۔
- (۳) حرکات، استرخا جفنی، جھونکا لیں۔
- (۴) اجفان کے کن رے جفنی ماسیہ کا التھاب، سعات،
- (۵) ٹرگن۔ ہونٹوں کا مقلہ عین پر رگڑا کھانا۔
- (۶) قدو۔ شعیرۃ الجفن، کیس مائی پومین۔

(۷) نقاط دمی - باہر نکلا ہونا - نقاط کا غائب ہونا -

(۸) کیس ذمی - پیور ہوا یا متورم ہونا - اس کے اندر سے مواد کا واپس آنا -

(۹) متحہ - بھری متحہ - امتحان ملحقہ یا ہدی - مواد - ہتھور - سلعت - زخم -

ب - ہفتی امتحان یعنی ہدی سخت - قروح - ملحقہ پرکسی اجزاء کا ہونا -

ج - باق انسیمیہ صمام یا خضون ہلالی Phacemilu nari ناخونہ یا سلعت

کی وجہ سے اپنی جگہ سے اس کا ہٹ جانا -

(۱۰) نوریہ یا علمہ (Cruncle) التهاب سلعت وغیرہ

(۱۱) قرنیہ - (الف) حجم، ذرق المار

ب - انخار - مخروطی، باہر کو ابھرا ہونا - مقدم انتفاخ قرنیہ - قرونی سطح کی رگ

ج - سطح - قرونی انعکاس - قرنیہ - سطحی رگڑ - غریب اجسام کی موجودگی -

د - شفافیت - قروح - سحابہ - التهاب قرنیہ سطحی اور غائر عروق دموی کا ہونا

(۱۲) صلبیہ - (الف) انخار یا توین - قصر بصر - انتفاخ قرنیہ - سطحی التهاب صلبیہ -

ب - عروق - ہدی امتحان - سطحی التهاب صلبیہ - التهاب صلبیہ -

(۱۳) خزانیہ (الف) انی - گہرائی کا کم ہونا - جروح و خزیہ - ذرق المار - خلع عدسی - التهاب

جسم ہدی و عینی، بقاعدہ عینیہ -

ب - خزانہ مقدم کے اندر کے اجزاء - گندلا پن - ارتشاح - خزانہ مقدم میں خون کا

اجتماع - غائب - جسام ضعیف عدسہ کی وجہ سے عدسہ کا خزانہ مقدم میں آ جانا -

(۱۴) (الف) اس کا رنگ - گندلا پن - یا صاف ہونا - دونوں آنکھوں کے عینیہ کا رنگ

مختلف ہونا - صنوبر عینیہ -

ب - وضع عینیہ کی سطحی حالت، یعنی عینیہ پر وہ کی صورت - سلعہ وغیرہ - التهاب

ہدی و عینی -

(۱۳) حدقہ میں - (الف) دونوں طرف سے حدقہ میں سے چھوٹے بڑے ہونے کا فرق۔

ب، ان کا اس نور - جود، سطح - شہ کی ان کا اس - نقیبہ میں کو کام - ہا۔
(ج) انعکاس استعداتی۔

(د) الصاقات مقدم و موخر۔

(۱۴) توثر میں - ذرق مدائی حالت میں اس کا بڑھ جانا - نقیبہ ہر بنی و معنی - ذرق میں - نقیبہ ہر بنی و معنی میں کمر ہونا، عقدہ میں کے اندر سورت ہو جانا - یا اس کا پھٹ جانا۔

(۱۵) مرکز میں بصارت - کس قدر بہت اس کا معنی

(۱۶) مدسہ - توفیر موربی - اور منفرد میں کے ذریعہ معنی۔

(۱۷) زنجبیر - اس کے اندر سے بنی کیفیت - غیب اجسام - نزف مدسہ - نقیبہ شبکی منقشہ - مدسہ
جنینی شفاف کا پایا جانا۔

(۱۸) تعریفی - (الف) قرص بصری شبکیہ کا ایک دوسرے کے ساتھ مل کر فریب ہونا - مدسہ - مدسہ
نشیب - رنگ - ہلال۔

(ب) شبکیہ کے غرق - حجم - انخمار - متاؤ۔

(ج) عمومی حالت - استہاب شبکیہ - نقیبہ مشیمیہ۔

(د) محیط شبکیہ۔

(ک) بقعہ صغراوی۔

(ز) میدان بصارت۔

غفرت جہنی کی - ۲۴۳

لمتہ کی - ۳۱۱

النفاق -

جہنی و بی -

طلقہ نما - ۳۴۴ و ۳۹۰ و ۳۴۰

نور ذوق المار کا سبب - ۵۲۶

مقدم النفاق - ۳۲۴

موخر النفاق - ۳۴۶

التوار

التوار جہنی اندرونی - ۲۳۶ و ۲۳۳

الکرمیوی - ۲۲۴

بوجہ یعنی ندبی ساخت - ۲۴۶ و ۲۴۲

التوار جہنی بیرونی - ۲۲۴ و ۲۵۱

التوار عدتی کناروں کا - ۳۳۵

التهاب -

اجقان - ۲۳۴

جسم ہ پی - ۳۴۲ و ۳۴۶ و ۳۸۹

بسیط - ۳۴۵ و ۳۸۹

شہ کی - ۳۴۲ و ۴۵۱

زمن - ۳۸۹ و ۳۹۱

مقصود - ۳۴۶ و ۳۹۳

علاج - ۳۴۹ و ۳۸۵ و ۳۹۲

جسم ہ پی و مہنی -

شہ کی التاب کا علاج - ۳۸۹

مکون التهاب - ۳۴۶

ناکاتی استہفاق - ۵۵۸ و ۵۸۵

استہفاق طاق - ۱۰۳

استہفاق جہنی - ۲۵۰

ترکوبی - ۲۹۵

بہتس کا آپڑین - ۲۵۲ و ۲۵۳

استہفاق -

بدنی مضد مورہ کا - ۵۷۰

وقت توفیق کا - ۲۱۰

زرق المائی - ۳۳۲ و ۳۱۰

نفری - ۲۱۱

مضبث ثالث خیمہ کا - ۵۷۲

مضد مستقیمہ بیرونی کا - ۵۶۸

استفاد و مانعی - ۵۳۰

استمداد - ۳۵۳

اسنان یجمینی - ۳۵۳

اعتدال حرکت میں - ۶۱۱

اعمال جرمیہ -

مضلات کے - ۵۹۹

مقہ میں کے - ۶۰۱ و ۶۱۴ و ۶۰۳

اکیاس -

شبکیہ کی - ۵۵۰

غیبیہ کی - ۳۹۶

ندوئی کی - ۴۴۸

غذائی بوہن کی - ۲۳۳

خودنول کی - ۲۵۴

۲۳۷ ماشیہ الجفن۔

۲۹۰ آشکی۔

۲۹۱ ابتدائی۔

۲۹۲ ارتشائی۔

۲۹۳ شکاثری۔

۲۹۴ تیز روشنی کی وجہ سے۔

۲۹۵ دم ازین کی وجہ سے۔

۲۹۶ ذیابلیسی۔

۲۹۷ زلالتی۔

۲۹۸ سیدی۔

۲۹۹ غلٹی۔

۲۹۰ مستدیرہ۔

۲۹۱ نزنی۔

۲۹۲ مصلیہ۔

۲۹۳ عنبیہ۔

۲۹۴ آشکی۔

۲۹۵ علاق۔

۲۹۶ اقسام۔

۲۹۷ تشخیص فی رقد۔

۲۹۸ درنی۔

۲۹۹ ذیابلیسی۔

۳۰۰ رشید۔

۳۰۱ واکہ۔

۳۰۲ مصلی ترشح حال۔

۳۰۳ کھن کتاب مصلیہ۔

۳۰۴ مری ندکشی۔

۳۰۵ درم مصلی۔

۳۰۶ ندر مصلی۔

۳۰۷ ندر مصلی دجی اشور دجیہ مجد کی کریم۔

۳۰۸ قرنیہ۔

۳۰۹ بشری۔

۳۱۰ طالت۔

۳۱۱ بوجہ استہ ماضیہ۔

۳۱۲ بوجہ عدم انکشاف میں۔

۳۱۳ واصل۔

۳۱۴ غلٹی۔

۳۱۵ خیوطی۔

۳۱۶ شہادۂ قسم۔

۳۱۷ فائز۔

۳۱۸ نقبہ۔

۳۱۹ سیدی۔

۳۲۰ غیر سیدی۔

۳۲۱ قرصی۔

۳۲۲ مصلیہ۔

۳۲۳ نقطہ دار مصلی۔

۳۲۴ کیس مصلی۔

۳۲۵ مشیبہ۔

سوزاکی - ۲۶۹

علاج - ۲۶۱

صدیدی - ۲۶۹

مقدی - ۳۰۲

غشائی - ۲۶۹

غشائی صدیدی ۲۶۲ و ۲۶۳

تشریح مرضی - ۲۶۴

علاج - ۲۶۶

غرم -

ہوتیا بند کے پریش میں - ۳۰۵ و ۳۰۶

علاج - ۲۸۰

مولودی سوزاکی - ۲۶۴

تزی - ۲۶۳

امتحان -

سترہ کے ذریعہ - ۹۰۸

سترہ بجرم ۲۰۸ و ۲۳۹

حروف - کے ذریعہ

تویہ - ۱۹۹

دور کی بھارت کے لئے ۱۹۴

جیگر کا نقشہ - ۲۰۱

سنے لین کے حروف - ۱۹۴ و ۲۰۰

تزدیک کی بھارت کے لئے - ۲۰۱

امداد موجی -

طاقت استمدقاق کا - ۱۰۴

طاقت توفیق کا - ۱۰۶

ذاتی سدودی التاب شمیہ - ۲۶۶

صدیدی ۲۶۳

معمور بہر آشک - ۳۵۸ و ۳۶۱

قرص بصری کے اتصالی حصے میں ۳۶۲

مرکزی - ۳۶۱

فعلی معمور - ۳۶۰

نقاطی التاب - ۳۶۹

مقدم التاب شمیہ - ۳۶۱

منتشرہ - ۳۶۲

بصورت رقبہ جات - ۳۵۸

ملقمہ - ۲۸۱ و ۲۶۳

ادویہ کی وجہ سے - ۲۹۹

بشری - ۲۸۱

علاج - ۲۸۰

بجلی کی روشنی کی وجہ سے - ۳۰۳

بے رینا ڈکا التاب - ۳۰۲

تشریح کی نوعیت - ۲۶۲ و ۲۶۳

تشخیص فارقہ - ۳۶۶

مادبیط التاب - ۲۶۳

حفظ ماتقدم - ۲۶۶

حوصلی - ۲۹۰

غشائی - ۲۶۹

علاج - ۲۸۱

ردجیبی - ۲۹۱

زاوی - ۲۸۹

| | |
|---------|---|
| انفک فی | انتفخ محمد بوبہ شکاب الدم ۳۰۶۲۹۱ |
| انفک فی | انتشار جلد فوق الماق - ۲۵۶ |
| انفک فی | اندرون چشم - |
| انفک فی | انوربین ۲۴۸ و ۲۲۴ و ۲۲۰ |
| انفک فی | سلطات - ۵۲۲ |
| انفک فی | نزف الدم - ۲۲۸ |
| انفک فی | زرق الماء کاسب - ۲۲۸ |
| انفک فی | انفک فی - ۲۰۴ و ۵۹۰ |
| انفک فی | بوجہ نوین ۵۰۲ |
| انفک فی | خاندانی البین - ۲۸۳ |
| انفک فی | سویں گرہن کی وجہ سے - ۶۹۹ |
| انفک فی | تکیہ میں بھی بھی درم کی وجہ سے ۵۴۱ و ۵۴۰ |
| انفک فی | انڈائن - ۲۶۶ |
| انفک فی | انطاف - ۸۹ |
| انفک فی | انطافی نقائص کی صلاح - ۲۳۰ |
| انفک فی | حرکت اور سکون کی حالتیں انطاف - ۱۰۹ و ۱۰۹ |
| انفک فی | سکونی انطاف - ۱۰۲ |
| انفک فی | نقائص - ۲۱۲ |

ب

| | |
|-----------------------|--|
| عن ابرہ کی سوتی - ۶۶۳ | باسط - |
| غشار باؤمین - ۲۹ و ۲۵ | باسط مدقہ دوائیں - ۱۱۵ |
| باہر نکلتا - | عضلات باسط عنبیہ - ۳۰ |
| جسم بی کا - ۲۳۶ | ماہر شلب کا قاء کو فراخ کرنے کا آہ - ۲۵۰ |
| زجاجیہ کا - ۶۳۰ | باؤمین - |

تذکرہ

اجنان - ۱۲

آلات دمی - ۲۱

بیرونی عضلات چشم - ۵۵۱

قرنیہ - ۲۴

تشخیخ اجنان - ۶۴۱

تلمین -

بوجہ اجزاء نقص - ۳۶۶ و ۳۰۹ و ۲۸۸

شبکیہ - ۵۱۱ و ۴۴۲ و ۴۶۲ و ۱۱۷ و ۴۲

قرنیہ - ۳۶۶

تباہی کی وجہ سے ضعف بصر - ۵۰۰

تناسب انعطافی - ۸۹

تذکرہ - ۱۳۴ و ۱۴۴

مرکزی - ۱۳۴ و ۱۴۴

موری - ۱۳۴ و ۱۴۵ و ۴۰۰

توترا -

شعری - ۴۳۱

مینی - ۴۳۰ و ۴۱۴ و ۶۲۹ و ۳۸۹ و ۷۸۰
۱۴۵۳

معلوم کرنے کا طریقہ - ۱۴۵

توتیار - ۲۹۵

شیخ قرصی - ۵۲۵

تیز روشنی ڈال کر معائنہ کرنا - ۱۳۳

تیز روشنی کی وجہ سے پیدا ہونے والا الہا شبکیہ ۹۹

تیزی بصارت - ۱۱۸ و ۱۹۴ و ۱۲۰

”ث“

ثول تعدیہ - ۲۵۳

”ج“

حصار خناق و بانی - ۲۸۰

حصار درنیہ و درنات - ۲۸۳ و ۲۹۹ و ۳۰۰

۳۵۲ و ۴۶۵ و ۴۶۴ و ۳۸۴

حصار زیدوسس - ۳۰۸ و ۲۸۰

جال دار عصبی ورم - ۲۵۷

جوزا العین - ۳۴۱

ناپنے کا آلہ - ۷۷۶

جراثیم عصوی -

جفنی قزوح - ۲۵۳ و ۲۵۴ و ۲۵۵

بالائی جفنی کا پلٹنا - ۲۶

تشریح - ۲۳ و ۱۲

جفنی کناروں کے درمیان کی جگہ - ۲۳۳

جفنی کو بنانے کا ڈھیر کا آلہ - ۱۳۰

ضربات اجغان - ۲۵۲

سواہ جفنی - ۲۳۸

جفنی جلد کے نیچے ہوا بھر جانا - ۲۵۲

جوف

جوف جہی - ۵۰ و ۵۱

جوف جہی کا کھولنا - ۶۸۴

جوف کہنی -

جوف کہنی کی شاخیں - ۶۸۰

جوف کہنی میں تختہ روم - ۶۸۰ و ۶۶۸

عصار قولوی - ۲۸۰ و ۲۷۶

عصار کاخ دیک - ۲۸۰ و ۲۶۴ و ۲۵۹

عصار مور کھین گسن فیلڈ - ۲۸۹

جفن

امراض - ۲۳۳

التهاب جغان - ۲۳۷

تہج اجغان - ۲۳۵

جفی آشک - ۲۳۰

طاج - ۲۳۹

جفی بد معنی - ۲۳۵

خلقی نقص - ۲۵۷

جفی جدری البقر - ۲۴۱

جفی سرطان - ۲۵۵

جفی سلعات - ۲۵۳

جفی غد کا التهاب - ۲۴۲ و ۲۳۳

” ج “

چوند - ۲۳۰ و ۲۹۲ و ۲۸۹ و ۲۸۴ و ۲۶۶

۳۰۴ و ۳۳۱ و ۳۳۶ و ۳۸۷ و ۳۹۰

چٹے - ۲۳۲ و ۲۱۸

چند ٹیر سے میٹر سے اب کا باقی رہ جانا - ۲۳۸

” ح “

حاد التهاب ملحمہ سوزاکی - ۲۶۹

عابس محمولات - ۳۰۰ و ۲۸۸ و ۲۶۲

خزانہ مقدم میں ارتشاح - ۳۰۵۳۱۸

خزانہ نوخر - ۳۰

غلامہ کلاہ گرد - ۶۵۶۷۲۸۸ و ۲۹۲۵۱۱۶

خلع -

عده کا خلع - ۳۰۰ و ۳۱۸ و ۳۲۷

غددومی کا خلع - ۳۰۰

خلعت مقلی التاب عصب باصرہ - ۵۳۳

خلعتی صریات و آفات - ۳۹۵ و ۳۸۸

خلعتی نقائس

اجفان کا خلعتی نقص - ۲۵۶

شبکیہ - ۵ - ۵۱۰

عده - ۵ - ۳۱۸

عنبیہ - ۵ - ۳۹۲

قرن بصری - ۵ - ۵۴۱

قرنہ دومی - ۵ - ۳۵۱

تشمیر و تکرار

تفاتی التاب عصب

تفاتی التاب محمد - ۳۰۹ و ۲۶۳

خون

تفاتی التاب محمد

طریق: بنی و بنی کے ذریعہ

۳۵

۳۵

تفاتی التاب محمد

فسادی تغیرات - ۳۸۲

قرنیہ کے اندر خون - ۳۶۶

تلمیہ کے عروق - ۳۶

قرنیہ کے عروق - ۲۶

منظار بین کے ذریعہ دیکھنے پر - ۱۴۹ و ۱۴۸

خیاطت حینی - ۶۴۲

” > “

متن

۳۴۶ - متن

۲۱ - تشریح

۳۵۲ - متن

دائرہ شریانیہ عنبیہ کبیرہ و صغیرہ - ۳۵

دم امین لمفادی میں التاب شبکیہ - ۳۹۶

دومی -

آلات - ۲۱

کیس دمی کا اخراج - ۶۵۷

دموی سلسلہ عروقیہ - ۲۵۴

دوائین -

التهاب طمخہ پیدا کرنے والی - ۲۹۹

استعمالی اور افعال - ۱۱۵ و ۱۱۴

تمی اثرات - ۵۰۴ و ۵۰۲ و ۵۰۰

دونوں آنکھوں سے معلق -

بصارت بالعیین - ۵۵۹ و ۵۵۸

بصارت زوجی - ۵۶۰

میدان بصر - ۲۰۹

دقائق - ۲۰۳

امراض بخاری دمعہ - ۴۴۹

خراج دمی - ۴۴۸

فقد دمی - ۴۴۶

امراض - ۴۴۸

خلع - ۴۴۸

سلعات - ۴۴۸

ناسور - ۴۴۸

کیس دمی - ۴۴۸

التهاب - ۴۵۱

رطوبت - ۴۴۸

ط

دسمہ -

ڈاکٹرین - ۱۱۵

ڈاکٹرین -

اجفان کو ہٹانے کا آلہ - ۱۳۰

فلاف کو شق کرنے کی سوئی - ۶۶۱

ڈوباے سین - ۳۸۹ و ۳۰۰ و ۱۱۵

ڈوکیہ قنچی - ۶۶۶

ہول ٹائپ: معلق ڈاکٹرین کا بیان - ۵۸۳

کافہ - ۵۵۵

ڈایونین - ۳۸۹ و ۳۰۰

ذ

التهاب شبکیہ ذیابیطی - ۴۹۵

التهاب عینیہ - ۳۸۳

نزول المار عوارضاتی - ۴۱۶ و ۴۰۵

ذاتی سدوی التهاب باطن عین - ۴۶۶

ذیابیطس -

“ ر ”

رد حبی میں ٹکونوی حبیبہ کی بکریوں - ۲۰۰
 رد راج - ۳۰۰
 رد کمرانی - ۳۰۳
 رد دیاس - ۳۰۶
 روشنی -

احساس نور - ۱۱۸ و ۱۲۰

احساس طوف نور - ۱۲۰

انتشار نور - ۸۳

تفاوت نور - ۱۱۶

تیز روشنی کی وجہ سے التہاب شبکیہ - ۳۵۹

عدج - ۳۹۳

کم از کم نور (اقل نوری) - ۱۱۶

ریڈیم - ۲۵۶

“ ز ”

رطوبت زجاجیہ - ۳۸

زجاجیہ کے اندر تفتیح - ۳۲۳

زجاجیہ کے اندر محابی حالت - ۳۱۹

زجاجیہ کا سیال ہو جانا - ۳۲۱

زجاجیہ کے اندر طینی حیوانات - ۳۲۳

زجاجیہ کے اندر عروق - ۳۲۲ و ۳۹۱

رباط طئی منی - ۳۹ و ۳۴ و ۳۳۰

رباط معلقہ - ۱۰۵

روند - ۳۰۰ و ۱۱۶

رد عمل -

عدجی - ۱۱۰ و ۱۴۲

نوری - ۱۱۳ و ۱۴۲

رطوبت مائی -

اس کا ترشح - ۷۷

اس کا خلیج ہو جانا - ۶۳۰

زنگوں کے سے اندھا پن - ۱۲۱ و ۱۲۲ و ۱۰۱ و ۵۰۵ و ۵۰۵

رد حبی یا دوست - ۲۹۱

عدج - ۲۹۵

عوارض - ۲۹۳

زادیہ -

نژاد مقدم کا - ۳۹ و ۴۰ و ۴۱ و ۴۲ و ۴۳ و ۴۴ و ۴۵

زادیہ رویت - ۱۹۵ و ۹۶

زادی التہاب متحدہ - ۲۸۹

زجاجیہ -

امراض - ۳۱۸

۴۳۴ - زرق المار -
 ۴۳۵ - مکمل -
 ۴۲۸ - زرقی زرق المار -
 ۴۳۱ و ۴۳۲ و ۴۳۵ و ۴۳۸ - زرق المائی پیالہ -
 ۴۹۱ - زلالی عصی الشاب شکبہ -
 ۴۴۵ - زمانہ طفلی کا زرق المار -
 زرقی -
 ۴۰۵ - انحراف -
 ۵۶۰ -
 ۴۴۴ - زرق کا چاقو -
 زرق طعمہ -
 ۴۰۹ - زرق الدم -
 ۵۰۹ - شائع -

۴۲۲ - زباجیہ کے اندریشی ساخت -
 ۴۲۱ - زباجیہ کے اندر زرق الدم -
 زرقی -
 ۴۲۸ - ابتدائی زرق المار -
 ۴۳۳ - استغاثی -
 ۴۱۵ - زرقی -
 ۴۳۲ - زرق -
 ۴۳۰ و ۴۳۱ و ۴۳۴ - دونوں آنکھوں کا ماؤف ہونا -
 ۴۴۶ - زرق المار و زرقی زرقی -
 ۴۲۰ و ۴۲۹ - زرق المار و زرقی کی عمر -
 ۴۴۱ و ۴۴۲ و ۴۴۹ - زرق المار میں قلع عنبیہ -
 ۴۴۵ - زرق -
 ۴۳۶ و ۴۴۴ - علاج -
 ۴۳۶ و ۴۴۲ و ۴۴۴ - عمل ثقب -

”س“

۲۰۹ - معائنہ کے حروف -
 سحابی کیفیت -
 ۱۵۸ - تشخیص -
 ۴۲۲ - زباجیہ کے اندر سحابی کیفیت -
 ۴۰۴ - سحابی کیفیت کا بوتا بند گھیر دیتا ہونا -

۱۸۴ - سایہ کے ذریعہ امتحان -
 سبب -
 ۴۳۴ - بثری -
 ۴۳۴ - زرقوی -
 ۲۰۸ - سترہ بصر -

عنبیہ کے سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

قرنیہ کے سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

افغان کے - ۲۵۲

محمد کے - ۳۱۱ و ۳۰۹

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

جنان کا - ۲۵۵

جسم ہبی کا - ۵۴۴ و ۵۴۶

عنبیہ کا - ۵۴۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

نذرانہ سعادت - ۵۵۲

سونیان ۶۶۵ و ۶۶۶
 چوڑی سونی - ۶۶۵
 مدرہ کے خلاف کو پھاڑنے والی - ۶۸۰
 سیسہ -
 پیسے کے اجوار کا اجتماع - ۳۶۶
 پیسے کا سستی اثر - ۵۰۳

نئی صنعت بصر - ۵۰۰
 شہ زین
 شہ - ۵۰۰
 سروت - ۱۹۳
 سہائی -
 سہائیہ - ۳۸۳
 انتخاب محمد - ۲۶۳ و ۲۶۹

ش

شبکیہ کا معائنہ - ۱۵۳
 شبکیہ میں سورخ - ۵۰۹
 شبکیہ کا یعنی عصبی درم - ۵۳۷
 عروق کے مانند کیر میں - ۳۸۶
 مطابقت شبکیہ - ۱۲۱ و ۱۱۶
 نوزن الدم و شبکیہ کے ماسٹے - ۳۸۷
 شت الضیاء -
 کروی - ۱۱۰ و ۱۰۹
 لونی - ۱۱۰
 شراب نوشی کی وجہ سے ضعف بصر - ۵۰۳
 ششائین
 شش کی ششائین - ۳۵

ششائین - ۳۵۶ و ۳۵۷
 ششائی اراض - ۳۷۷
 اکھڑے ہوئے شبکیہ کا پہچانا - ۱۶۰
 اکیاس - ۵۵۰
 ارض شبکیہ - ۳۵۷
 ششویہ - ۳۷
 سستی قرین - ۵۱۱
 خلقی نقص - ۵۱۰
 شبکیہ کا اپنی جگہ سے اکھڑ جانا - ۵۰۳
 شبکی عروق - ۱۶۷ و ۳۲
 شبکی عروقی تغیرات - ۳۷۸
 شبکی عروق سے چاروں طرف تبدیلیاں - ۳۷۹

تنگی کی شرابیں کے فسادی تئیرات - ۳۸۴

شعری عوق میں شرابان - ۱۶۹

نظارہ میں کے ذریعہ معائنہ کرنے پر - ۱۶۹

۱ - ۵ -

سٹر کی تہ بچہ - ۵۰۱

شعر زائد - ۲۵۶ و ۲۴۵

شعر منقلب - ۲۴۵ و ۲۴۹

شعیرۃ الجفن - ۲۴۳

شغاف -

جینی شرابان شغاف کا پیدائش کے بعد باقی رہا

حصہ

صلبیہ کے قرین - ۳۶۱

صلبیہ کا درمیان - ۳۶۱

یت زبکہ صلیب - ۳۶۲

صلبیہ کے اعمال جرمیہ - ۲۶۳

نق صلیب - ۲۶۳

مقدم - ۲۶۳

موجر - ۲۶۳

صلبیہ کے اندر سوراخ کرنا - ۵۰۹

قطع صلیب - ۲۶۳

معاذ - ۱۳۳

سفر الاجفان - ۲۵۶

صیغیات قرنیہ - ۳۴۵ و ۳۲۰

نہجین تدریس - ۵۰۵

صلبیہ کی سطحی نیچوں کا التاب - ۳۶۶

صلبیہ -

امراض - ۳۶۶

التاب صلیب - ۳۶۶

مقطع دار التاب صلیب - ۳۶۱ و ۳۶۹

صلبیہ کا تدریس - ۳۶۱

”ض“

| | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| سمیت کے، انجذاب کی وجہ سے - ۵۰۴ و ۵۰۵ | شہد بصر - ۲۰۰ و ۲۲۳ و ۵۹۰ |
| کونین کی وجہ سے - ۵۰۲ | سہ - ۵۰ |
| ضمور عصب بصر - ۵۳۶ | سہ - ۵۰۲ و ۵۰۰ |
| ضیق فتحة العين - ۲۵۰ | یہی - ۵۹۰ و ۲۰۴ |

”ط“

| | |
|-------------------------------------|---|
| صفتی نزول الماء - ۴۰۰ | طاقت سمع ذوق کا کم ہو جانا - ۵۸۹ |
| طبقة مصفویہ - ۴۶۵ و ۴۶۴ | طاقت توفیق - ۵۰ |
| طریق عنبی مشیمی - ۳۴۲ | نہا - ۱۰۶ |
| طول بصر - ۲۲۱ و ۱۰۶ و ۹۸ | بہی طرہ - ۱۰۸ و ۱۰۶ |
| انحنائی - ۲۲۱ | طاقت توفیق اور شہد ذوق - ۵۸۵ و ۵۸۳ |
| الانطائی - ۲۲۱ | طاقت توفیق کا استرخاء - ۲۱۰ |
| جلی - ۱۹۹ | طاقت توفیق کا تشنج - ۲۱۱ و ۱۹۹ |
| خفی - ۱۹۹ | طاقت توفیق کی حدود - ۲۰۲ و ۱۰۶ |
| کئی - ۱۹۹ | طاقت توفیق کی خرابیاں - ۲۰۹ |
| محوری - ۲۲۱ | طاقت توفیق کا ذمیل ہو جانا - ۱۴۴ |
| طول بصر والی آنکھ - ۱۰۳ و ۱۰۱ و ۱۹۹ | طاقت توفیق کے نتائج - ۱۰۴ |
| طیف شمسی - ۸۳ | طبعی مقدار سے بیکہ کا اٹکنا - ۵۰۴ و ۱۰۰ |

ع

عدد - ۹۹۳۳۸

اسطواناتی عدد - ۲۲۶

عالم جرحیہ - ۷۷

امراض - ۳۹۶

انخسار - ۱۰۳

انعطافی طاقت - ۱۰۷ و ۹۴

انعکاس - ۲۲۷

فلج - ۴۲۷ و ۴۱۸ و ۴۰۰

ذرق امار کا سبب - ۴۲۷

فلجی اور غیر طبعی عایتیں - ۴۱۸

سجائی کیفیت - ۱۴۴ و ۳۹۲

شبکیہ کی شبیہ پر عدد کے اثرات - ۱۰۱

عدد کا پھول جانا - ۳۹۹

عدد کا نہ ہونا - ۲۲۶ و ۲۲۷ و ۱۶۹

عدد کی طاقت - ۱۰۶

بینک کے عددوں کا ناپنا - ۹۴

مخروطی عدد - ۴۱۸

معائنہ - ۳۹۷ و ۱۶۲ و ۱۶۰

نقص عددی - ۴۱۸

عدد ثنائی و بانی - ۷۷

عدد زوجیہ - ۷۷

آپتیم - ۷۷

قروح - ۳۳۵ و ۳۳۱ و ۳۲۹

عدد رکنی و یک - ۲۶۴

عناصر و مرکبیں آکسفیلڈ - ۲۲۸ و ۲۳۱ و ۲۸۹

معدنیہ و نباتیہ - ۷۷

عصب - ۷۷

انتہا - ۵۲۵ و ۴۹۱ و ۴۷۷

امراض - ۵۲۵

تشریح - ۴۶۵ و ۴۴۲ و ۴۲۲

سعد - ۵۲۸

عصبی استرقائی التہاب قرنیہ - ۴۴۱

عصبی التہاب شبکیہ - ۴۴۴ و ۴۴۵ و ۵۰۵

عضلات - ۷۷

تشریح و فعل - ۷۷

عضلات اندرون چشم - ۷۷

عضلات کا استرخاء - ۷۷

عضد ت

عضلات پر عمل جرجی - ۵۹۹ و ۶۰۰ و ۶۰۵

عضد رافعة الجفن - ۲۳۲ و ۲۵۰

عضلة قابضة الجفن - ۲۳۳

عضلة مستقيمة ذیة کاسرث - ۵۶۸

عضوی

ابتدائی وظائفی منافعریات - ۹۵

قعر - ۱۷۶

علاج -

اجسام غریبہ کا نکالنا - ۶۵۸

اشہ غا جفن اعلیٰ - ۲۵۱

التهاب مائیتہ الجفن - ۲۳۹

التهاب عنیبہ - ۳۸۵

التهاب ملحمہ بثری - ۲۸۵

التهاب ملحمہ عویصلی - ۲۹۰

التهان ملحمہ مقلی و جفنی - ۲۴۹

انتخاب اللس کی وجہ سے اذہ جفن - ۲۴۷

بثری التهاب قرنیہ - ۳۳۷

بسیا نرمن التهاب ملحمہ - ۲۸۷

بیرونی التواء جفن - ۲۴۸

دوسہ - ۲۹۵

ذرق الماود - ۴۳۶

سوزاکی التهاب ملحمہ - ۲۵۱

شترکی التهاب چشم - ۷۶۴ و ۷۵۴

طبی مقام سے شبکیہ کے اکثر جانیکا علاج - ۵۰۸

علاج منقص باعبدال حرکت صین - ۵۹۶

غشائی التهاب ملحمہ - ۲۷۹

قرنہ قرنیہ جسکے ساتھ صدیدی ارتشاح ہو - ۴۲۲

قرنیہ کے عوارضاتی قرنج - ۳۳۲ و ۴۶۰

فحاشی صدیدی التهاب ملحمہ - ۲۶۳

مصل اور فادسمیتین کے ذریعہ علاج - ۷۴۴

ملحمی اقتقان - ۲۶۱

نذبی ساخت کے گرنے کی وجہ سے اندونی التواء ^{۲۴۷}

ہربی بینی التهاب - ۳۹۲

علاج مصلی - ۷۴۴

علم الجراثیم - ۱۵۹

قرنیہ کے مقلق - ۳۱۵ و ۳۲۹ و ۳۳

کیس غماطی کے مقلق - ۴۵۱

ملحمہ کے مقلق - ۱۵۹

علم عضویات -

آلات دمیہ - ۴۴۶

چشم - ۶۲

”ع“

| | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| غشار برگ - ۳۰ | خندو - |
| غشار ڈسمٹی - ۲۶ و ۲۵ | زائیس - ۲۴۲ و ۲۳۳ و ۱۴ |
| غشار ڈسمٹی کی چٹیں - ۲۵۲ | دہی - ۲۱ |
| غشار ڈسمٹی کا پھٹ جانا - ۳۶۳ | کر دز - ۴۴۶ و ۲۰ |
| غشار زجاجی کے نیچے نرف الدم - ۴۸۶ | انی بویں - ۲۴۳ و ۲۳۴ و ۱۴ و ۱۳ |
| غدا فی دعدتی غشار کی موجودگی - ۳۹۵ | استاب - ۲۴۲ |
| غیر شفاف عصبی الیاف - ۵۱۱ | بول - ۲۳۳ و ۴ |
| | اکیاس - ۲۵۴ |

”ف“

| | |
|------------------------------|--|
| میشمہ کے - ۴۶۹ | فادیمینی علاج - ۴۳۵ |
| ملحمہ کے - ۳۰۴ | فاسہ کاینج و اہل کا استاب مشیمہ یا التاب مشیمہ کزی - ۴۶۱ |
| فطر سپر جلیں فیو میگیش - ۲۳۵ | فوق قرنیہ - ۳۲۹ |
| فقر الدم - | فسادی تغیرات - |
| شبکیہ کا - ۴۷۸ | زجاجیہ کے - ۴۲۳ و ۴۲۲ و ۴۲۱ |
| فناونی بصری حواریں - ۴۸۶ | شبکیہ کے عروق کے اندر - ۴۸۴ |
| فلوریسین - ۲۳۳ | مدسہ کے - ۲۹۶ |
| فیو شگمین - ۷۳۴ و ۱۱۶ | عنبیہ کے - ۳۹۱ |
| | قرنیہ کے - ۳۵۶ |

”ق“

قرنوی -

رسوب ۲۹۵

رسوبی نشاط - ۳۲۹ و ۳۹۵ و ۳۰۰ و ۳۰۰

لوپ - ۱۳۶

بسی ندبی - رفت کے رہنے - ۲۹

نکروز - ۳۱۶

قرنیہ -

الکتاب قرنیہ - ۳۱۵

امراض - ۳۱۵

درجہ - بوٹنے والی رگڑ - ۳۴۰

تشریح - ۲۴

نفیث و تحقیق - ۸۵۶

تلوین - ۳۹۶

تناسب، نطانی - ۵۰ و ۵۵

جراحات -

خلقی - ۳۹۵

حص - ۱۳۹

رخ کی وجہ سے سورخ ہو جانا - ۳۲۰ و ۳۲۰

ذرق الماریں ذنیہ کی مدت - ۳۴۸ و ۳۴۰

نی فون و پیرس - ۱۱۹

قرص بھری کے چاروں طرف کٹاؤں کی طرح - ۳۵۱

قرص بھری - ۵

قرص ساعیہ - ۳۳۵ و ۳۳۰

ذمن - ۳۳۵ و ۳۳۰

قروح -

زکوبی - ۲۹۵

لاج - ۲۹۵

صلبیہ - ۳۴۱

قرص کارہ - ۲۴۵

قرص ساعیہ فطی - ۳۳۵

قرص شجرہ - ۳۴۲

قرص خزندہ - ۳۳۹ و ۳۱۶

ذرق جنگے - کھڑا - مقدمہ میں ارتش - مدد دینی

۳۶۵ و ۳۲۹ و ۳۱۸

محیطی قروح - ۳۳۸

مرکزی قروح قرنیہ - ۳۳۹

ذمن قرص ساعیہ - ۲۴۵

درم بلای کی وجہ سے پیدا ہونے والے قروح - ۳۴۰

۲۱۲ - انجائی -

قصر بصر والی آنکھ - ۱۰۱ و ۹۸

۱۹۱ - کردی -

قطع عنبیه -

ابتدائی - ۴۰۴

الکتاب عنبیه میں - ۳۸۸ و ۳۹۶

چوڑا قطع عنبیه - ۶۶۹

زرق المار کے لئے - ۶۶۹

فتق عنبیه کے لئے - ۶۶۹

مبیطی - ۶۶۹

مناظری - ۶۶۸

قطع وتر - ۵۹۸

قعر عینی - ۱۴۵

امتحان - ۱۴۹

منظار عین کے ذریعہ امتحان - ۱۸۳

قعر عینی کے انعکاس کا معائنہ - ۱۸۳

قتاة -

انفی - ۴۴۶ و ۴۲۱

ضیق - ۴۵۲

دمعی - ۴۴۴

الشداد - ۴۵۱

سحابی کیفیت - ۳۶۵

سلحات - ۳۶۶

صفحات - ۳۲۰

فسادی تغیرات - ۳۵۶

در متبوعہ - ۳۴۳

قرنیہ کا خون کی دہ سے رنگین ہو جانا - ۳۶۶

قرنیہ کا شق ہو جانا - ۳۶۰ و ۳۲۹

قرنیہ کا قرص ساعیہ - ۳۳۶ و ۳۱۴

قرن قرص ساعیہ - ۳۴۵

قرنیہ کا مدہ نہ ترسنے کے لئے زیادہ طاقت والا

چھوٹا مدہ - ۱۳۶ و ۱۳۴

قرنیہ کی سفیدی - ۳۶۵

قرنیہ کے اندر خون - ۳۶۶

قرنیہ کے اندر سوراخ ہو جانا - ۴۲۶

قرنیہ کے اندر عروق - ۱۳۴ و ۱۳۶

قرنیہ کے مدہ حالت جو دوسرے امراض کی

وجہ سے پیدا ہوتے ہیں - ۳۶۴

قرنیہ کے اندر خفیف یعنی ندبی ساخت - ۳۰۹

قرنیہ کے اندر سوراخ کرنا - ۳۳۳ و ۳۳۲ و ۳۳۱

قصر بصر - ۲۱۵ و ۲۱۲

امتحان - ۱۸۴ و ۱۶۶

تذکرہ - ۳۵۱

مشیم - ۴۶۵۳۴۶۳۶

قوس -

شیخوخت - ۳۵۶

مظلی - ۳۵۰

تذکرہ

ڈویرگی - ۴۶۰۳۴۶۳۶۳۶۳

۴۶۰۳۴۶۳۶

قطر و ترکی - ۵۹۸

ل

کاربولک ایڈنگائے کا طریقہ - ۳۳۳

کاذب استہباب صبی - ۵۲۹

کاذب سلعہ صبیہ - ۵۷۹ و ۳۲۲

کاذب ناخوند - ۳۰۶ و ۳۰۵

کامل النظر آنکھ - ۹۶

کاوی ادویہ کی وجہ سے پیاہونیو اسے خراج - ۳۳۳

کرویات ذات الریہ - ۳۱۵ و ۳۶۹ و ۲۶۵

قرن - ۳۲۰ و ۳۱۵

کرویات سوزاکی - ۳۳۲ و ۳۴۵ و ۲۸۳ و ۲۶۹

کرویات عقدیہ - ۴۵۱ و ۳۳۲ و ۲۸۰

کرویات حنفیہ - ۳۳۳ و ۳۳۳ و ۳۳۳

کرویات نزاری - ۲۶۹

کوکین - ۲۶۲ و ۱۰

کورید جہام - ۳۵۰

کوسہ ریت - ۳۳۳ و ۳۳۳ و ۳۳۳

کونین -

محلول - ۲۸۱

کونین کی وجہ سے درمیاہن - ۵۰۲

کریں دہلی کو آپریشن کے ذریعہ کونا - ۶۵۰

گ

گلابی رنگ کی آنکھ - ۲۰۰

گلابی رنگ کی آنکھ - ۲۰۰

گرتی کی منقاش - ۲۹۰

گرتی کا چاقو - ۶۸۰

گھیر گامیں جھوڑا لعین - ۷۸۹ و ۷۷۶

گوہ بنی - ۲۴۲

” ل “

آنکھ کی مفادی رطوبت - ۷۳

آنکھ کے اندر لطف کا ترشح - ۷۵

لمفادی سلعہ عروقی - ۳۱۳

اجفان کا - ۲۵۴

لمحہ کا - ۳۱۳

لونی انعطافی خلل - ۱۱۰

لین نیج القرنیہ - ۳۴۰

لا فورڈ کا منہاج بحفن - ۶۶۶ و ۶۶۴ و ۶۶۲

۷۰۳ و ۶۸۰ و ۶۷۸ و ۶۷۵ و ۶۷۰ و ۶۶۸ و

لانگ -

نشر - ۶۶۴

منہاج بحفن - ۶۷۰

نکیر داریسی بی کیفیت - ۳۶۶

لمف -

” م “

مجر کے امراض - ۷۷۵

محب مراۃ - ۸۸

محور مناظری - ۵۵۷ و ۹۷

مخاطی صدیدی التباب لائحہ - ۲۶۵ و ۲۶۴ و ۲۶۳

مخروطی انتفاخ قرنیہ - ۳۶۲

مراۃ -

ابتدائی امتحان - ۱۵۸ و ۱۵۴ و ۱۵۰

محب - ۸۸

سطح -

مارگیگنی -

مستدیرہ مارگیگنی - ۳۹۶

نزول المار - ۴۰۰

مقابل مقامات - ۵۵۹

مشتلی نشر - ۶۶۱

مجر -

التباب منتشرہ - ۷۷۷ و ۴۶۳

سلعات - ۷۸۷

عظام کے ضربات - ۷۸۶

| | |
|---|-------------------------------------|
| مشابہ ذباب - ۳۰۱ و ۳۰۱۹ و ۳۱۹ | مقعر - ۸۵ |
| مصنوعی آنکھ - ۷۱۰ | میش انکھ - رورتوں کا - ۵۳۰ |
| مصنوعی طور پر سیاهی بھرتا - ۳۶۳ | مرکز ادغام شبکیات - ۵۵۹ |
| معدنہ چشم - ۱۲۳ | مرکزی - |
| ابتدائی - ۱۲۳ | تغیر - ۱۳۴ |
| اجفان - ۱۲۷ | شریان کا انداز - ۳۷۹ |
| آنکھ کے افعال کا معائنہ - ۱۹۲ | مزمن تضخم عدسہ و معیہ و لعابہ - ۴۴۹ |
| آلات و معیہ کا - ۱۲۷ | مسح پرست - ۸۹ |
| بیرونی - ۱۲۳ | مسح مراۃ - ۸۹ |
| توترین - ۱۴۵ | مسواط - ۶۸۱ و ۶۶۶ و ۶۶۳ |
| بدقہ میں کا - ۱۴۱ | مشمیہ - |
| خزانہ مقدم کا - ۱۳۹ | امراض - ۴۵۷ |
| صلبیہ کا - ۱۳۳ | تدرن - ۴۶۴ |
| عدسہ جلیدیہ کا - ۱۴۴ | تشریح - ۳۴۳ و ۳۴۴ |
| عنبیہ کا - ۱۴۰ | ذاتی سدوی التهاب - ۴۶۶ |
| قرنیہ کا - ۱۳۳ | سطحہ سرطانیہ - ۵۴۷ و ۵۴۶ |
| مقلہ میں کا - ۹۰۸ و ۳۲۹ و ۳۲۹ و ۳۲۹ و ۹۰۸ و ۹۱۳ | سطحہ کھمبہ - ۵۴۳ |
| منجمہ کا - ۱۲۸ | عروق - ۳۵ |
| منظار میں کے ذریعہ - ۱۴۸ | مشمیہ و شبکیہ کی خلقی بد وضعی - ۵۱۰ |
| مفتاح - | مشمیہ کا صلیب سے الگ ہونا - ۴۷۵ |
| لا فورڈ کا مفتاح الجفن - ۶۷۰ | مشمیہ میں لمف کی پیدائش - ۷۴۳ و ۷۴۴ |

لینگ کا مفتاح الجمن - ۶۵۰

مقدمہ - ۸۷

مقدمہ چشمہ

آفت و نسبت - ۸۰۰۹۱

ستہ - ۱۲

مقدمہ آبریش کے ذریعہ کاٹنا - ۲۲۹

مقدمہ پتھر کا جینو جانا - ۳۸۹

مقدمہ چشمہ کا پخت جانا - ۷۰۵

مقدمہ ٹیس - ۶۶۰۱۵۵

بیرہ - ۶۵۵

مقیاس بید سنٹر - ۲۰۵

نکت - ۲۰۷۳۱۵

کون التماس عنبیہ - ۳۹۳۳۴۹

نورۃ جدیدت قرنیہ کا بیان - ۳۳۳

مکواة کھربائی - ۳۳۳

مجموعہ -

اخقان - ۲۶۱

التماس مقدمہ - ۲۶۰

مدرس - ۲۵۰

پہنچ - ۳۶۰۱۳۱

علم الجرائیم - ۲۵۹

فسادی تغیرات - ۳۰۳

کیس مقدمہ - ۲۱۱

معائنہ - ۱۲۸

لمتحنی آشک - ۲۹۹

لمتحنی پردہ - ۶۷۲۵۶۷

لمتحنہ کا مدرن - ۲۹۰

لمتحنہ کے سلعات - ۳۰۹

مقدمہ شحمیہ - ۳۱۰

مقدمہ کا مقامی نکلس - ۳۰۳

لمتحنہ - ۶۸۱۵۶۷۸۹۱۰

لمتحنہ کے ذریعہ ثانوی موتیا بند کا اخراج - ۷۰۰

لمیریا - ۳۳۳

مناظری -

قطع عنبیہ - ۶۰۰

مرکز - ۱۵۳۹۳

مناظرات -

ابتدائی وئی لئی مناظرات - ۹۵

مشور -

مشقی کا استعمال - ۶۰۹۵۵۶۵۵۵۹

منگولین ابلہ پن - ۳۱۸

منظاریین - ۱۲۸

مورفید:

عول کا ہک - ۵۰۳ و ۵۰۵ و ۵۰۶ و ۵۰۷

سسٹوٹوم - ۵۰۲ و ۵۰۳

موتیا بندگی مورفیلڈ کی پٹی - ۶۸۳

موروفی الثاب عصب باصرہ - ۵۳۶

میدان بصر - ۲۰۳ و ۲۰۹ و ۲۹۱

بصارت اسکوپوپٹی - ۲۰۳

بصارت نوٹوپک - ۱۲۱

خط بصارت - ۲۰۳ و ۲۰۴

زرق اما میں - ۲۰۵ و ۲۰۶

علم الاعصاب - ۱۱۵

میکسول کا کل جی - ۵۰۹

منظار عین - ۱۳۸

امتحان ذریعہ منظار عین - ۱۳۸

ابتدائی - ۱۵۴

بلا واسطہ - ۱۶۹

بلا واسطہ فصلی - ۱۵۱ و ۱۵۳ و ۱۵۵

منظار عین کے ذریعہ دیکھنے پر ۱۶۹

منقاش -

اندرونی التواء جفن کے لئے - ۲۴۶

عینیہ کی منقاش - ۶۶۶

کنپ کی - ۲۹۰

مقلد عین کو قائم کرنے والی - ۶۸۰

موتیا بندیس اخراج مددہ کے بعد عینی عدوی - ۴۶۶ و ۴۹۰

موتیا بند کے آپریشن کے لئے نامناسب حاشیہ - ۴۰۹ و ۴۱۰

“ ن ”

زرق اما کا سبب - ۲۰۸

زجاجیہ میں - ۲۲۱

شبکیہ میں - ۲۲۸ و ۲۸۷

غشاء زجاجی کے نیچے - ۲۸۷

موتیا بند کے آپریشن کے بعد - ۲۲۸

نزلی الثاب متحدہ - ۲۶۳

ناخونہ - ۳۰۵

نہلی ساخت کی وجہ سے باہر کو ابھرنا -

مصلیہ کا ابھرنا - ۳۶۹ و ۳۷۱

قرنیہ کا ابھرنا - ۳۲۰ و ۳۵۸

نزف الدم -

اندرون چشم - ۳۲۸

شیشے کی فیکٹری میں کام کرنے والوں کا - ۴۱۷

صلب نزول الماء (صلیب) - ۴۰۱

حوس نوید یا } ۳۹۸ و ۴۰۰
طبقاتی -

صاج - ۴۰۹

حول نوید - ۴۰۷

طفلی - ۴۰۷

غیر پختہ - ۴۰۶ و ۴۱۳

قرصی - ۴۱۲

کلی - ۴۱۳

لوہے کی فیکٹری میں کام کرنے والوں کا - ۴۱۷

مارگینی - ۴۰۰

مرجباں سے مشابہ - ۴۱۲

مرکب - ۴۱۴

مرکزی - ۴۱۲

مقری - ۴۱۲

مقدم - ۴۱۰

مقدم فلانی - ۴۱۰

مقدم تشری - ۴۱۰

مقدم قطبی - ۴۱۰

مؤخر - ۴۱۰

نزول الماء - ۲۹۶

پریش کے بعد کا - ۴۱۴

اخراج -

بغیر قلعہ بندی - ۴۸۸

مرکب - ۴۸۰

مرتب اخراج کی خرابیاں - ۴۸۵ و ۴۸۹

اسود - ۴۰۱

اہرامی - ۴۱۱

ایک آنکھ کا - ۴۰۶ و ۴۱۳

بہت زیادہ پختہ - ۳۹۹

پختہ -

ترقی کی رفتار - ۴۰۱

ثما نومی - ۴۱۴

نخی - ۴۰۲

ضلعی - ۴۱۲

ذیابیطی - ۴۱۶

رخوہ - ۴۰۰

شیشہ خونی - ۳۹۷

اخراج -

تحت الفلات - ۳۹۸

نویہ کے اوپر - ۳۹۸

نویہ کے اندر - ۳۹۸

| | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| بمید - ۰۶۹۹۹ | قشری - ۴۱ |
| نقاط - ۹۷ | قطبی - ۴۱۰ |
| ومعہ - ۴۴۷ | نقاطی - ۴۱۲ |
| زیرین نقشہ ذمی کا بیرونی التواء - ۴۶۵ | نوائی - ۴۱۲ |
| نقشہ بل - ۵۵۹ | ناسور - |
| نقشہ ذمی کا بند جو جاننا - ۴۵۰ | ذمی - ۴۴۸ |
| نقشہ ذمی کی غلطی پر معنی - ۱۵۰ | قوی - ۴۲۹ |
| نقشہ ذمی - ۱۰۵ و ۱۰۶ و ۲۰۳ | نصف عینی مدتی رد عمل - ۱۱۳ |
| نقشہ قریب و بعید - ۱۰۰ و ۱۰۹ | نظریہ - |
| نوکین - ۴۲۷ | ماہر ٹیک بیلیم ہوش - ۱۲۲ |
| نویہ مدسی - ۱۰۶ و ۱۲۵ | نقطہ - |
| نیچے ڈنگ کا صلیبیہ - ۳۰۲ و ۱۳۳ | اپنی جگہ سے نقطہ کا ہٹ جاننا - ۱۲۷ |

” و “

| | |
|-----------------------------|-------------|
| جسم ہر بی کا درم صمفی - ۳۹۴ | و پار - ۲۶۳ |
| صلیبیہ کے اندر - ۲۷۱ | درم صمفی - |

” لا “

| | |
|--------------|---------------|
| امراغن - ۳۷۲ | ہایوسین - ۱۱۵ |
| تشریح - ۲۱ | ہر بی - |
| جراحات - | التهاب - ۳۸۸ |

عینۃ الصلیہ - ۴۳۶

ہلال -

قرص بصری کے زیرین حصہ کا ہلال - ۵۴۱

قمر بصری کی حائیں ہلال قرص بصری - ۱۳۱

ہوم ایٹر و پین - ۱۱۵

ہیلم ہولٹز -

منتظار العین - ۱۴۸

نظریہ - ۱۰۵

جسم دہنی - ۱۰۵ و ۳۱ و ۳۰

اور دہ - ۳۵

زوائد دہیہ - ۳۲

تدرن - ۳۹۴

سلحہ لحمیہ - ۵۴۴ و ۵۴۶

شرائین - ۳۶ و ۳۵

عروق کا احقان - ۱۳۱ و ۳۶

عضلہ - ۳۲

” ی “

۳۰۹

یور و ٹرو پین -

فرہنگ اصطلاحات کتاب العین

| | |
|--------------------------|--|
| Aberration. | شکست انحراف |
| Abscess. | شکبیہ کا طبعی قدم سے اکھڑنا۔ |
| Accessory sinuses. | خراج |
| Acromioclavicular joint. | تجاویف ملحقہ |
| Adnexa. | طاقت توفیق |
| Adnexa, diseases of. | طاقت توفیق کی خرابیاں |
| Adnuxia. | استرخاء |
| Advancement operation. | مدد |
| Adventitious. | ڈھیلا پڑنا |
| Alypsia. | نشہ |
| Amaurosis. | زنگوں کے سے کمال اندھا پن |
| Amblyopia. | تیزی بھارت |
| Anamniotic cat's eye. | شکبیہ کی مطابقت |
| Anastomosis. | امراض ملحقہ عین |
| Anastomosis, arterial. | پدر سے نایین (دود کا نام ہے) |
| Anastomosis, venous. | عمل تقدیم |
| Anastomosis, lymphatic. | شقرة الملون |
| Anastomosis, nervous. | بول زلالی |
| Anastomosis, vascular. | ایلی ہین (دود کا نام ہے) |
| Anastomosis, muscular. | اندھا پن |
| Anastomosis, osseous. | شکبیہ میں درم بینی عصبی کی وجہ سے اندھا پن |
| Anastomosis, serous. | منفعت بصر |
| Anastomosis, tendinous. | فستق |
| Anastomosis, uterine. | بوجہ ہسٹریا |
| Anastomosis, uterine. | سسی |
| Anastomosis, uterine. | بھارت کی خرابی |

„ axial,
 „ curvature,
 „ index,
 Amotio retinae,
 Amplitude,
 „ accommodation,
 „ convergence,
 Anaemia,
 Anaesthesia,
 Anaphylaxis
 Anatomy,
 Aneurysm,
 Angiod,
 Angioma,
 Angle,
 „ minimum visual,
 „ visual,
 Angular,
 Anidia
 Anisometropia
 Ankyloblepharon
 Annular
 Anterior chamber,
 Aphakia,
 Aqueous humour,
 Arcus,
 „ juvenilis,
 „ senilis,
 Argyll Robertson pupil,
 Argylol,

عموری
 استخوانی
 مناسب انعطافی کی وجہ سے
 شبکیہ کا طبعی خم سے کہ بہرہ
 مقدار موجی
 طاقت آفرین کا
 طاقت استمداق کا
 فقر الدم
 تخیر
 استہافت
 تشريح
 انورسہ
 اندودق
 سلعہ دموی لفادی یا عروقی
 زاویہ
 اقل بصری
 بصری
 زادی
 حد قد کا نہ ہونا
 دونوں آنکھوں کی لفظانی طاقت میں تغاوت عظیم
 الصاق اشجار الابطان
 حلقہ دار
 خزانہ مقدم
 حد قد کا نہ ہونا
 رطوبت المی
 قوس
 طفلی
 شیخوخی
 حد قد ارگائیل رابرٹسن
 آرچی رول (دوا کا نام ہے)

Amblyopia,

Artery

Artificial eye,

.....

.....

.....

.....

simple,

" irregular,

" lenticular,

" mixed

.....

" compound,

" simple,

" regular,

.....

Atheromatous ulcers,

Atrophy, optic,

.....

.....

" coli,

" diphtheria,

" Koch weeka,

" morax Oxenfeld,

" tubercle,

" Xerosis,

Bacterial infection,

B. tenacity

Band-shaped,

Basedow's disease,

.....

.....

مصنوعی آنکھ

.....

سادہ بصر

.....

مرکب طول بصری

سادہ طول بصری

.....

.....

مخلوط

تصر بصری

مرکب تصر بصری

سادہ تصر بصری

.....

.....

قروح ہلامی

ضمور عصب بصرہ

ایئر وین (دوا کا نام ہے)

جراثیم عصبیہ

عصا قولونی

عصا خفاتی

عصا کاخ ویک

عصا موریکس اگسن فیلڈ

عصا ورنیہ

عصا زیر وکس

جراثیمی بدوی

علم الجراثیم

مرض یاسیدہ (جھوڑا عین)

Bier
 " dissection,
 Binocular
 " diplopia
 " vision,
 Bjerrum's screen,
 " test types,
 Blennorrhoea,
 Leptodermis,
 Leptodermis,
 Pterygia,
 Pterygia,
 Blind spot,
 Bowman
 " dissection needle,
 " membrane,
 Bruch, membrane of,
 Butler's shield,
 Calcareous film, transverse,
 Canal
 " of Schlemm,
 Canaliculus,
 " occlusion of,
 Canthoplasty,
 Capillary pulsation,
 Capsulo pupillary membrane,
 Carcinoma,
 Cataract,
 " anterior
 capsular,

بیر
 غلات مدسی کی کوشش کرنے کا عمل
 متعلق: بصری
 بصریت زوجی
 بصریت بالیمنین
 سترو بجرم
 بجرم کے امتحانی حدود
 سوز کی کتاب لقمہ
 کتاب عاشقہ الجفن
 صیق نغمہ البین
 شنجی اجفان
 اندھا بین
 بقدر عمیرا
 دین
 غلات کو پھاڑنے والی سوئی
 غشاء باؤمین
 غشاء برگ
 برکاشیلہ
 مستقرن تھلی صفیہ
 قناہ
 قناہ شلیم
 قناہ وسیع
 قناہ وسیع کا انداز
 عمل ترقیع جیمی
 ضربان عروق شعری
 غلاتی حدقی غشاء
 سلمہ سرطانیہ یا مہرطان
 تھول المار
 مقدم
 مقدم غلاتی

| | |
|--------------------|--|
| anterior cortical, | مقدم قشری |
| polar, | مقدم قطبی |
| axial, | محوری |
| black, | اسود |
| central, | مرکزی |
| coralline, | عوارقانی |
| coralliform, | صنعتی |
| coral, | مرجان سے مشابہ |
| discoid, | ذیابیطی |
| discoid, | قرصی |
| discoid, | بخاری |
| discoid, | شیت کی نیکہی میں کام کرنے والوں کا |
| hard, | نزول الماء صلب |
| hard, | نزول الماء کی پختگی کا حد سے زیادہ ہو جانا |
| hard, | غیر پختہ نزول الماء |
| hard, | خفی نزول الماء |
| infantile, | زمانہ طفلی کا نزول الماء |
| infantile, | لوہے کی فیٹری میں کام کرنے والوں کا |
| lamellar, | طبقاتی نزول الماء |
| mature, | پختہ نزول الماء |
| Morgagnian, | ماء کیسگی نزول الماء |
| nuclear, | ذاتی نزول الماء |
| perinuclear, | حول فویہ نزول الماء |
| perinuclear, | مؤخر نزول الماء |
| perinuclear, | مؤخر قشری |
| punctate, | مؤخر قطبی |
| pyramidal, | نقاطی نزول الماء |
| pyramidal, | اہرامی نزول الماء |
| pyramidal, | ثانوی نزول الماء |
| pyramidal, | ثانوی پیشروخی نزول الماء |

Cataract intranuclear, (Senile)

- " subcapsular,
- " supranuclear,
- " soft,
- " total
- " traumatic,
- " unclassified,
- " zonular,

Cataract

Cataracts, nuclear, caused by,

Cataractization of cornea,

Cautery, galvano

Cavernous sinus,

- " thrombosis of,

Cells,

Cerebral

Chalazion,

Chlorosis,

Chlorosis,

- " chlorosis,

Chlorosis,

Chlorosis,

Chlorosis,

Choroiditis,

- " choroiditis,
- " fillosa,
- " disseminated,
- " Forster's areolar,
- " juxtapapillary,
- " Metastatic,

اندرون نوریہ شیخونی نزول الماء
شیخونی تحت غلائی نزول الماء
شیخونی فوق النوریہ نزول الماء

نزول الماء رخوہ

کلی نزول الماء

ضرری نزول الماء

ایک شکوکہ نزول الماء

طبقاتی نزول الماء

قرنی -

کادی ادویہ کی وجہ سے جراحات

کواۃ حدید سے قرنیہ کو جہنا

کواۃ کربائی

جوت کہنی

تنکڑ

خلوی التهاب یا التهاب منتشرہ

فنی یا دماغی

شعیرہ کجمن

الکباب دم کی وجہ سے ارتفاع ملتحمہ

مرض اخضر

انتفاخ قرص بصری

کوششیں

شیمی، دق شعریہ

مشیمیہ

التهاب مشیمیہ

قرص بصری کے چاروں طرف مشیمیہ کا منور

مشیمیہ کا التهاب منتشرہ

مشیمیہ کا التهاب منتشرہ بصورت رقبہ جات

فاسٹر کا علی التهاب مشیمیہ

قرص بصری کے انتہائی حصے میں التهاب مشیمیہ

ذاتی سدوی التهاب مشیمیہ

ہی مائیں
قرونی یعنی مذہبی ساخت کے رقبے
ہی

ہی امتقان

زواندہ بیہ
دائرہ شریانیہ عنیبہ صغیرہ و کبیرہ
کوکین (ددا کا نام ہے)
لتعین خلعتی

حس، حق، مرق

مقامی اجتماع کلی

محرومی

زوحی

نخوات

سترخار

متمم

ملتحمی پرودہ

الہاب ملتحمہ

کپیں جانا (رض)

توتیا (کا پرستیفٹ)

قرنیہ

معنیات قرنیہ

ناسور قرنیہ

بار بار لو سننے والی قرونی رگڑ

انطلاق قرنیہ

حس قرنیہ

قرونی لوپ

ہلال

زیرین ہلال

ہلال قصر بصری

خلقی اختصار یعینین

Cryptophthalmia

Crypts of iris,
 Cup, glaucomatous,
 Curette evacuation,
 Cyst,
 Cystitis,
 Cystitis,
 Cystitis,
 Cyst,
 Dacryoadenitis,
 Dacryoadenitis,
 Dacryoadenitis,
 Dacryoadenitis,
 Daturin,
 Day-blindness,
 Dendritic ulcer,
 Descemet's membrane,
 Desmarres',
 De Wecker
 Diabetes,
 Dilator,
 Dioidin,
 Dioptrie,
 Disc,
 Dislocation,
 Distichiasis,
 Donders
 Drugs
 Duboisin,
 Echinococcus,
 Ectasia
 Ectopia lentis

غنبہ کے اندر غاریا گرائیاں
 ذرق المانی پیالہ
 طعقہ کے ذریعہ موتیا بند کا اخراج
 التهاب جسم دہلی
 استرنا، طاقت آفرین
 ادویہ سترخی عضلہ دہلیہ یا دیات سترخی طاقت آفرین
 کیس
 التهاب غدود دہلیہ
 التهاب کیس دہلی
 کیس غدود دہلی
 ڈورین (دوا کا نام ہے) (نواسہ دھتورہ)
 روزگوری
 قرعہ شجرہ
 کیس بلدی
 فشار دہلی
 ڈیمر (نام ہے)
 ڈویگر (نام ہے)
 ذیابیطس
 باسط (پھیلائے والا)
 ڈایونین (دوا کا نام ہے)
 بصریہ
 عمل ابڑہ
 ظلع
 شعر زائد
 ڈانڈرس (نام ہے)
 ادویہ
 ڈوبائے سین (دوا کا نام ہے)
 زیر جلہ ہیئت الف الدم
 انتفاخ (ابھر آنا)
 خنک دہلی

بی۰ فی التواء الجن

کہ بانی

بجائیہ کہ بانی

سدہ

کامل نظری

ہوا بھر کر پھول جانا۔ انتفاخ ری

تیج صدر

سدوی التهاب کل العین

اندرونی التواء جن

انشاء بل فوق الملق

ڈھکا (انکڑے سے آنسو بند)

صلبیہ کی سطحی لیجوں کا التهاب

سرطان بشری

سرخ بادہ (انحرار)

زنگ کے لئے اندھا پن علی لونی

ایسیرین (دوا کا نام ہے)

اندرونی اختلاف خطوط بصر

تیس؛ نیدروکیوپرین (آپوچین) دوا کا نام ہے

ایوگین (دوا کا نام ہے)

یوٹیلین (دوا کا نام ہے)

امتحان (معائنہ)

آنکھ کے اعمال کا معائنہ

عمل جراحی کے فدیہ کمال دینا

بیرونی اختلاف خطوط بصر

جموظ العین

جموظ العین کو ناپنے کا آلہ

نر کو موی جیبات کو دبا کر توڑنے کا عمل

مقدمین

اجفان

سلسلہ یقیہ شحمیہ

1

3

3

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

1

Exanthema

Exostosis

Fibro-fatty tumour

Fibromata
 Field of vision,
 Filtering sun,
 Fluorescin,
 Focal
 „ illumination,
 Follicular
 Forceps,
 Foreign bodies,
 Form sense,
 Forster's color photograph,
 Fovea centralis,
 Foveal reflex,
 Frontal sinus,
 Laceration,
 Lactes
 „ oculi,
 "Laser centre,"
 Lenticul
 „ Kries's
 „ Lenné's
 „ Meibomian,
 „ Muller's,
 „ Zerkow's
 Glare,
 Glass rod,
 Glasses
 Glaucoma,
 „ absolute,
 „ congestive,

سندہ بقیہ
 میدان بصر
 فیلٹرنگ سون
 فلوئوسین (دوا کا نام ہے)
 مرکزی
 تنویر
 حویلی
 چھٹی
 جسم خارجیہ
 احساس شکل
 فاسٹر کا غلی التھاب مشینہ
 حفرہ مرکزی
 حفرہ مرکزی
 جوف جہی
 دنگا لٹنی
 تھ
 قہ مینی
 مرکز اور نام شبکیات
 غد
 غد و کراؤز
 غد و ڈی
 غد و مائی بومین
 غد و مول
 غد و زائیس
 چند
 عصا زجاجی (شیشے کی چھڑی)
 چشمے
 زرق الماء
 مکمل
 احتقانی

ہ (مقلد)

کرویات سوزاکی

بیبی

درہ سمعی

سمعی آتھاب غنیہ

سلسلہ دوقیہ دمویہ

نزہت ادم

عنی نصعی

نہی (دونوں آنکھوں کے، نفی میدان بھارت کے اندر)

صدعی (دونوں آنکھوں کے صدعی میدان بھارت کے اندر)

بشور

بشور قرونی

بشور مینی

اختلاف رنگ

اختلاف خطوطا بصر

ہوم ایٹروپین (دوا کا نام ہے)

گوہنجی

اندرونی گوہنجی

زجاجی

استقرار مقلد مین

ہایوسین (دوا کا نام ہے)

اختقان دموی

طول بصر

محوری طول بصر

انحنائی طول بصر

تناسب انحنائی کی وجہ سے طول بصر

ظاہری طول بصر

ارتشامی قرعہ

توزیر

توزیر مرکزی یا موربی

تناسب انحنائی

Horizon

" collection

" collection

H.

H.

H.

Hordeolum,

" internum,

H.

Hydrophthalmia,

H.

H.

H.

" axial,

" curvature,

" index,

" manifest,

Hypopyon, ulcer

I.

" focal or oblique,

Index, refractive,

Infection,
 Infundibulum
 Influenza,
 Injuries
 Insula, (of cerebri and testis)
 Intact
 Intracocular
 Intercostal,
 " of ribs,
 " of vertebrae,
 " preliminary,
 Intercostal,
 Intoxication,
 " of food,
 Intestinalis,
 Intuition
 Intuition
 Iris,
 " bombe,
 " forams,
 " melanoma
 " prolapse iris of,
 " repositior,
 " tinctures
 Iridia,
 " diabetic,
 " chomatia,
 " serous,
 " syphilitic,
 " tuberculous,

مدوی
 تہاب
 انفوہرا
 جراحت
 جنون آشکی میں عمومی استرخار
 اندرون جمجمہ
 اندرون چشم
 قطع عنبیہ
 مناظری قطع عنبیہ
 محیطی قطع عنبیہ
 ابتدائی قطع عنبیہ
 بظاہر عنبیہ کا غائب ہونا
 التهاب جسم ہڈی و عصبی
 کمون التهاب
 عیب پر عنبیہ کا اپنی نگاہ سے الگ ہو جانا
 ارتعاش عنبیہ
 شق عنبیہ
 عنبیہ
 ارتفاع عنبیہ
 پٹی
 سلعہ عنبیہ
 عنبیہ کا زخم سے باہر نکل آنا (فتق عنبیہ)
 مساوی عنبیہ
 ارتعاش عنبیہ
 التهاب عنبیہ
 ایامطبیعی
 التهاب عنبیہ رشیمہ
 مصلی التهاب عنبیہ
 آشکی التهاب عنبیہ
 ورنی التهاب عنبیہ

جیکر کے متحی فی حروف
جو شہادت کا پریش
بدو، شرنیہ (انتفاخ قرنیہ)
تہاب قرنیہ

قرنیہ تہاب قرنیہ
التهاب قرنیہ بوجہ عدم انحراف من بین
خیوطی التهاب قرنیہ
خللی التهاب قرنیہ
استرخا رعبی کی وجہ سے التهاب قرنیہ
غیر صیدی التهاب قرنیہ
خللی التهاب قرنیہ
بشری التهاب قرنیہ
فائز التهاب قرنیہ
نقاطی التهاب قرنیہ
صدیدی التهاب قرنیہ
التهاب قرنیہ مقصد
نقطہ دار سطحی التهاب قرنیہ
حویس التهاب قرنیہ

فنی قرنیہ
محذولی انتفاخ قرنیہ
کردی انتفاخ قرنیہ
لیتن نسج، القرنیہ
قرنیہ مشک نشتر
کرنپ کی رولر مپٹی
چاقو
مصار کاغ ویک

دسی
آلات دسی
قناة دسی
خود دسی

e lac ophthalmic,

knife,

Koch-Weeks' lawilli,

" apparatus,

" lawilli,

" glands,

- " probes,
 " sac,
 Lagophthalmia,
 Lamellar cataract,
 " Lamina,
 " cribriform,
 " plane,
 Lamp, Gull street's oil,
 Laxton's specimen,
 Lead
 Leas,
 " coloboma of,
 " intumescence of,
 " leucocoria,
 " spoon, Critchett's,
 Lenses,
 " cylindrical,
 " refractive power of,
 " types,
 Lenticular
 Leucemia, retinitis in,
 Leucoma,
 " adherent,
 Levator palpebrae,
 Lids
 " spatula,
 " upper, eversion of,
 " carcinoma of,
 " coloboma of,
 " oedema of, solid,

- سلاں
 کیس دمی
 اینٹان کے بدنہ ہونے کی وجہ سے التهاب چشم
 طبقاتی نزول الماء
 پرست یا طبقہ
 طبقہ صفویہ
 مسطح پرست
 گھٹرائی کا سیب
 ل فوڑ کا منقح
 سید
 عدسہ
 عدسہ کا خفگی نقص
 عدسہ کا پھول جانا
 عدسہ کی حجابی کیفیت
 عدسی چھپچھپ
 چشمے
 اسطوانی
 انعطافی طاقت
 اقسام
 مخروطی عدسہ
 دم ابین لغادی میں التهاب بکریہ
 بیاہن
 بیاہن ملتہ
 عضلہ رافعة الجفن
 اینٹان
 سواط جفنی
 الاافی جفن کا پلٹنا
 سرطانات جفنی
 اینٹان کی بدو جفنی
 جنان کا سلب بیج

اجنان کا سلسلہ لمحیہ
رابطہ شطی معنی
نور

تفاوت نوری

اقل نور

حساس نور

احساس طرف نور

انتشار نوری

مخلوط

قرنوی لوپ

مفت

مخادمی سلعہ و قی

بقعہ صفراوی

عصا، میڈیکس

مقناطیس

لیبریا

بہا نا کرنا

جفی کناروں کے درمیان کی جگہ

خسرہ

غشایہ یک

خاقی التباب ملحمہ

التباب سحالی

کرویات سحالیہ

اجنان کا چھوٹا ہونا

کرویات نزلیہ

درہ شقیقہ

فرد و معیہ و فرد و لعابہ کا مزمن تضخم

مدقہ بین کا انقباض

قابعین مدقہ دوامیں

مراقہ

Indiotis,

Lanoph,

M...

M...

M...

M...

M...

M...

M...

M...

M...

M...

M...

M...

M...

M...

M...

M...

M...

M...

منحنی سونی

غلاف مدسہ کو شیش کر سنے والی سونی
سورخ کر سنے والی سونی

عصب باصرہ
التهاب عصب

التهاب عصب باصرہ
فلفل المقطع التهاب عصب باصرہ

بالدار عصبی ورم
عصبی استرخا رکی وجہ سے التهاب قرنیہ
عصبی التهاب شبکیہ

ر ت و د

نقطہ تقاطع

نوکین (دوا کا نام ہے)

تئویر نورنی

عقیدہ عین کا بند ہو جانا حدائق عین کا مسدود ہو جانا

بند ہو جانا مسدود ہو جانا

مراجم

سمانی مائیت

غیر شفاف عصبی الیاف

التهاب شبکیہ

عقادی التهاب متحدہ

بذی التهاب متحدہ

شرکی التهاب متحدہ

منظار العین

منظار العین کے ذریعہ معائنہ

بلا واسطہ

بلا واسطہ فضلی

بالواسطہ

ابتدائی

بصری

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

"

Exclusion pupillae,

Exclusion

"

Explet

"

" nealosa,

" Phlyctenular

"

"

"

" by direct method,

" by distant direct method,

" by indirect method

" preliminary,

"

| | |
|--------------------------|----------------------------------|
| Optical | مناظری |
| Optochin, | آپتوچین (دوا کا نام ہے) |
| Ora Serrata, | حاذہ مسننہ |
| Orbicularis palpebrarum, | عضوہ البطافۃ الجفن |
| Orbit, | مجمر |
| Orthopnea, | اعتدال حرکت بدن |
| Orthoptia treatment, | علاج مختص باعتدال بصارت عینین |
| Pachias, | سبیل |
| Panophthalmitis, | استہاب کل العین |
| Papilla, | القطب قرص بصری |
| Papilloedema, | تھپ قرص بصری |
| Papillo-macular fibres, | قرسی و بعض اریاف |
| Pedunculus, | عمل نقب |
| Peliosis, | استرخاء |
| „ conjugate, | زوجی استرخاء |
| „ progressive, | تدریجی والا استرخاء |
| „ spastic congenital, | فصقی شخی استرخاء |
| Percutaneous mydriatics, | پیرکٹانکس ایستاب تھمتہ |
| Perimeter, | آلہ محیط النظر |
| „ chart, | محیط النظر کا نقشہ |
| Pentam, | عمل سپیراٹومی |
| Pneumonia, | چند |
| Photophthalmia, | رد گہربانی |
| Photopic vision, | بصارت فوٹوپک |
| Photoretinitis, | تیز روشنی کی وجہ سے التهاب شبکیہ |
| Phthisis bulbi, | مقعدہ عین کا تھید جانا |
| Physiological | عضوی |
| „ Cup, | عضوی پیالہ |
| „ optics, | عضوی مناظریات |
| Physostigmine, | فیسوسٹیگمین (دوا کا نام ہے) |

مشبکی تلومین

تہذیب

نون

چیلوکارہین (دوا کا نام ہے)

مشاهدة العين

تعلیمی آنکم

كون التهاب غنبي

کرویات نیونیائی

کرویات نیمو نیائی کی وجہ سے قرح

ذات السبع (مختار)

نفسا

متقابل نقاط

11

Discussion

in *considering*.

longitudinal beam, I_{\parallel}

غزلانہ موز

مؤخر طولانی حزمے

422

مشکیبہ کے سامنے ٹرف الدم

بہشت خونی

تو تر با حفظ

مشورہ مجلس

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فتی (با ہر عمل آتا)

پرڈ مار گول (دو اکا نام ہے)

نکات و بایں سلطه عصبی

کاذب التہاب عصب بامصر

کاتب خان

ناخوند

استرفارجن اعلیٰ

میرتھ

Przedsiębiorstwo

Pupil,

39 contraction.

حَدِّقْ كَمَا انْقِبَاصِ

| | |
|----------------------------|---------------------------|
| " dilatation of, | مردہ کا بڑا ہوا |
| " reaction, | جذبات کو رد عمل |
| Quinine | کونین (دوا کا نام ہے) |
| Radium, | ریشیم |
| Range | مدد |
| Reaction to light, | نوری رد عمل |
| Reactions of pupil, | مدتی رد عمل |
| Reflection, | انعکاس |
| Reflex, forced, | حصیری انعکاس |
| Retraction, | انقباضات |
| " dynamic and static, | حرکت اور سکون کی حالت میں |
| " errors of, | انقباضاتی تقاضے |
| Remote or far point, | نقطہ بعیدہ |
| Repositor, iris, | سوادا بینی |
| Retinal vessels, | شبکی عروق دموں |
| Retinitis, | التهاب شبکیہ |
| " Due To Arterio sclerosis | بوجہ تصلب شریانی |
| " circinata, | التهاب شبکیہ مستدیرہ |
| " diabetic, | ذیابیطی |
| " exudative, | جس میں مصل ترشح ہو |
| " haemorrhagic, | نزفی |
| " leucemic, | دم ابھرنے کی وجہ سے |
| " pigmentary, | مکھون |
| " proliferans, | تکثری |
| " septic, | عفنی |
| Retinoscopy, | قرصنی کے انعکاس کا معائنہ |
| Retractor, | ہٹانے والا آلہ |
| Rodent ulcer of cornea, | قرنیہ کا قرحہ کالہ |
| Rupture | انفصال |
| Sarcoma | سلسلہ کجیہ |

fever,

tenotomy,

Scopulosis,

Scotoma,

" absolute,

" central relative,

" negative,

" positive,

" sector-shaped,

Scrophulous ulcer,

Serum treatment,

Short sight,

Snellen's

" sutures,

" test tubes,

Speculum, eye

Stillicutaneous,

نمی قریبی
شیوٹ کا تو ترہیا

قچی
قطع و ترکی قچی

صلبی
موزن شق صلیبیہ

التهاب صلیبیہ
صلقہ دار التهاب صلیبیہ

سکوپولائین (دوا کا نام ہے)
عمتہ

کامل عمتہ
مرکزی نسبت عمتہ

منفی
مثبت

مثبت قطع نما
صدقی انحداد

دسی ترشح
قرص ساعیہ

علاج مصلی فادینی
تزدیک نظری یا قصر بصر

سلورنائٹریٹ (کاشک) دوا کا نام ہے
سنے لین

سنے لین کے ٹانگے
سنے لین کے حروف

سورج کی دیہ کے انحراف
ٹپے

طیف شمسی
مفتاح الاجفان
عضلہ قایق عینیہ

Spoon,

" sharp,

Sputum,

Spud,

Squint, see Strabismus,

Staphylococcus,

Staphylococci,

" equatorial,

" intercalary,

Stomach,

" alternating,

" apparent,

" concomitant,

" convergent,

" divergent,

" hook,

" latent,

" paralytic,

" peristaltic,

" unilateral,

Stomatitis,

Stricture,

Subhyaloid hemorrhage,

Superior oblique, paralysis of,

Surgical,

Sustentory ligament,

Symblepharon,

Symphysis,

Synchysis,

Syphilis,

معدنہ (پچھے)

تیز (معدنہ دار پچھے)

دور و بیخ

قرنیہ سے غریب اجسام کو میچہ کر کے ڈالا کند آلہ

حول

کرویات عقدیہ

منہ

ہستوائی منہ

غنیہ جس میں قرنیہ، پدبیہ و صلبیہ شامل ہو

دور

بدستہ دار

ظاہر

ناحق یا مرافق

استدقائی

حول انسانی

حول کاک

حول خفی

استرخای حول

دوری

ایک آنکھ والا

کرویات عقدیہ

ضیق

فشار زجاجی کے نیچے نزلہ الدم

بالائی عضلہ موربہ کا استرخاء

سو پرانے میں (دوا کا نام ہے)

رباط معلقہ

الصاق طقمہ نقل و جینی

شدرکی

الصاق صینی و مدنی

آتشک

آتشکی
آتشکی التاب غصروف جینی

ذرا قہ (چکاپری)

کس غصروف جینی

نیاطت جینی

مصنوعی طور پر قزوئی بایں میں رنگ بھرنا

تھکاپا تھکاپا تھکاپا

التاب طواف ثیناں

امتانی حروف

تختر

رد ہے

تیز روشنی کے ذریعہ معائنہ کرنا

مرتبش غیبیہ

عمل نقب

شعر منقلب

درند

سلو

نایبہ بنار

ست. روح

قروح ہلالیہ

قروح مرکزی

قرص مشجرہ

محرمہ

مقابلہ قروح

قرص جس میں ارتش ہو

محیطی قروح

قرص فطری

قرص بکاب

قروح ٹرکوموی

فوق لیشی شعاعیں

rolent,

tra homatous,

Vitelline,
 Vitelline anastomosis,
 Vitropin,
 Vitreous,
 Vagchula,
 Vascularisation,
 Vessels,
 Viscosity,
 Vision,
 " binocular,
 Visual,
 " perception,
 " colour sense,
 " form sense,
 " light sense,
 Vitreous,
 " fluidity of,
 " parasites in,
 " prolapse of,
 Whorling cough
 Wounds,
 Xerophthalmia,
 Xerosis,
 Zonular,
 Zinn, zonule of,
 Zonular,
 " cataract,
 " opacity of corner,

اندام
 نسیم بولی کی وجہ سے اندھا پن
 یروٹروپین (دوا کا نام ہے)
 طریق بینی و بینی
 جدری البقر
 عروق کی پیدائش
 اور وہ

دوار
 بھارت
 بھارت بالینین
 بصری
 احساس بھارت
 احساس رنگ
 احساس شکل
 احساس نور

رطوبت زجاجیہ
 زجاجیہ کاسیالی پن
 زجاجیہ میں طبعی حیوان کا ہونا
 زجاجیہ کا ہر ٹکٹا
 کالی کھانسی
 جراثیمات
 زبیس التهاب
 زبیس
 ندو زائس
 طبقہ زن
 طبقہ زن

طبقہ زن نزول الماء
 قرنیہ کی طبقہ زن سفیدی

تصحیح غلط کتابیں

| صفحہ | سطر | صحیح | غلط | نمبر | صفحہ | سطر | صحیح | غلط | نمبر |
|------|-----|-------------------|---------------|------|------|---------|----------|----------|------|
| ۶۲ | ۱۳ | تحوط | تحوط { تجوز | ۱۳ | ۲ | ۱۲ کلمہ | ۸۳۵ | — | ۱ |
| ۶۴ | ۱۶ | باقی | جاتا | ۱۵ | ۱۰ | ۱۸ کلمہ | بالواسطہ | بالواسطہ | ۲ |
| ۶۸ | ۳ | (Tenon's capsule) | Tenon's space | ۱۶ | ۱۱ | ۱۲ کلمہ | لحمیہ | لحمیہ | ۳ |
| ۷۸ | ۹ | ہو باقی | موجاتا | ۱۷ | ۱۱ | ۱۳ کلمہ | صلبیہ | صلبیہ | ۴ |
| ۸۰ | ۹ | عارضی | عارضی | ۱۸ | ۳ | ۷ | مسافت | مسافت | ۵ |
| ۸۶ | ۱۵ | ر | و | ۱۹ | ۴ | ۱۰ | طوالت | طوالت | ۶ |
| ۸۹ | ۳۶ | پ | پ | ۲۰ | ۱۳ | ۱۱ | مگر | مگر | ۷ |
| ۹۰ | ۳۸ | اشیاء | شیاء | ۲۱ | ۱۴ | ۳ | ~ | ~ | ۸ |
| ۹۲ | ۱۱ | قیام | قیام | ۲۲ | ۳۸۷ | ۱۳ | ~ | ~ | ۹ |
| ۹۹ | ۵۰ | ۵۰ | ۹۰ | ۲۳ | ۳۹۴ | ۲۱ | ~ | ~ | ۱۰ |
| ۹۹ | ۵۱ | ۵۱ | — | ۲۴ | ۱۶ | ۲ | اعلیٰ | اعلیٰ | ۱۱ |
| ۱۱۹ | — | ۱۱۹ | ۱۱۹ | ۲۵ | ۲۲ | ۱۳ | پڑی ہوئی | پڑا ہوتا | ۱۲ |
| ۱۳۷ | ۲۱ | اعتقان | اعتقان | ۲۶ | ۲۸ | ۱۵ | کرتی | کرتے | ۱۳ |
| ۱۴۱ | ۱۰ | کا | کا | ۲۷ | ۳۵ | ۱۳ | شاخون | شاخول | ۱۴ |
| ۱۵۹ | ۱۳ | گی | کی | ۲۸ | ۴۰ | ۱۸ | نہا | نہا | ۱۵ |
| ۱۵۶ | ۲۰ | بشرطیکہ | بشرطیکہ | ۲۹ | ۵۳ | ۳ | عضویہ | عضویہ | ۱۶ |

| نمبر شمار | غلط | صحیح | سطر | صفحہ | نمبر شمار | غلط | صحیح | سطر | صفحہ |
|-----------|-------|---------|-----|------|-----------|-------------|----------------|--------|----------|
| ۲۰ | کے | گے | ۲۰ | ۱۵۹ | ۲۹ | دو | دونوں | ۱۸ | ۲۲۱ |
| ۳۱ | لکے | لگے | ۵ | ۱۶۳ | ۵۱ | جھپکنا | جھپکنا | ۴ | ۲۲۲ |
| ۳۲ | مدق | مدقہ | ۲ | ۱۶۶ | ۵۱ | استوانی | استوانی | ۱۸ | ۲۲۵ |
| ۳۳ | قصر | قصر بصر | ۱۹ | ۱۶۶ | ۵۲ | ہون | ہو | ۱۵ | ۲۳۰ |
| ۳۴ | قر | قمر | ۱۶ | ۱۶۰ | ۵۳ | Palpebrarum | Palpebrarum | ۱۶ | ۱۳۳ |
| ۳۵ | یہ | یہ | ۲۰ | ۱۶۰ | ۵۴ | نی | کی | ۹ و ۱۹ | ۵۸ و ۲۶۸ |
| ۳۶ | ریا | رہا | ۶ | ۱۶۴ | ۵۵ | — | — | ۹ | ۲۹۳ |
| ۳۷ | طاقق | طاقت | ۱۵ | ۱۶۴ | ۵۶ | بس | سبیل | ۱۶ | ۲۹۴ |
| ۳۸ | پوری | پوری | ۱۲ | ۱۶۶ | ۵۷ | چائے | جائے | ۱۳ | ۲۹۵ |
| ۳۹ | ضریان | ضریان | ۲۰ | ۱۶۹ | ۵۸ | ی | ابہری | ۳ | ۳۰۲ |
| ۴۰ | سعطی | سعطی | ۳ | ۱۸۱ | ۵۹ | لفایہ | لفایہ | ۱۹ | ۳۱۳ |
| ۴۱ | نشی | نشی | ۱۶ | ۱۸۱ | ۶۰ | سمجھائے | سمجھ جائے | ۱۸ | ۳۱۳ |
| ۴۲ | حرت | حرت | ۱۶ | ۱۹۶ | ۶۱ | سدیدی | صدیدی | ۱۰ | ۳۱۸ |
| ۴۳ | نودال | نودال | ۴ | ۲۰۲ | ۶۲ | فتق | فتق | ۹ | ۳۲۹ |
| ۴۴ | حوت | حوت | ۱ | ۲۰۴ | ۶۳ | پیدا ہونے | پیدا ہونے والے | ۲۰ | ۳۳۰ |
| ۴۵ | حرج | حرج | ۵ | ۲۰۹ | ۶۴ | مکوۃ | مکوۃ | ۱۸ | ۳۳۲ |
| ۴۶ | عین | عین | ۱۶ | ۲۰۹ | ۶۵ | مشت | مشتب | ۱۲ | ۳۶۸ |
| ۴۷ | میں | میں | ۱۱ | ۲۱۶ | ۶۶ | نہاب | النہاب | ۲۰ | ۳۷۰ |
| ۴۸ | یہ | یہ | ۱۲ | ۲۱۸ | ۶۷ | گو | گو | ۲۱ | ۳۷۷ |
| ۴۹ | تا | تا | ۵ | ۲۲۱ | ۶۸ | وال | وال | ۸ | ۳۷۸ |

| نمبر شمار | فلم | تصویر | سطر | صفحہ | نمبر شمار | فلم | تصویر | سطر | صفحہ |
|-----------|----------------|----------------|-----|------|-----------|----------------|----------------|-----|------|
| ۶۹ | دوہ | دور | ۱۰ | ۲۸۲ | ۸۹ | آنکھ کی شبیہ | آنکھ کی شبیہ | ۱۰ | ۵۴۲ |
| ۷۰ | - | خوارض | ۱ | ۲۸۳ | ۹۰ | اوپر | اوپر | ۱۲۰ | ۵۴۵ |
| ۷۱ | Cytilis | (Cycl Iris) | ۱۵ | ۲۸۸ | ۹۱ | ۵۵۰ | ۵۵۰ | ۱۲۲ | ۵۸۳ |
| ۷۲ | خصص | خصص | ۲۱ | ۴۰۴ | ۹۲ | ۱۸۸ | ۱۸۸ | ۱۲ | ۵۸۴ |
| ۷۳ | ایرہ | ایرہ | ۱۵ | ۴۱۳ | ۹۳ | ۴۹ | ۴۹ | ۳ | ۵۸۵ |
| ۷۴ | دوہ | دوہ | ۲۱ | ۴۱۸ | ۹۴ | دینا | دینا | ۱۸ | ۵۸۶ |
| ۷۵ | Vitreous | (Vitreous) | ۳ | ۴۲۱ | ۹۵ | اگر | اگر | ۵ | ۶۰۱ |
| ۷۶ | سر | سر | ۱۹ | ۴۲۲ | ۹۶ | گھاؤ | گھاؤ | ۱۱ | ۶۱۴ |
| ۷۷ | الصلبہ | الصلبہ | ۱ | ۴۲۶ | ۹۷ | دوہ | دوہ | ۲۰ | ۶۲۲ |
| ۷۸ | تخیر | تخیر | ۷ | ۴۲۷ | ۹۸ | کسی | کسی | ۲۱ | ۶۱۳ |
| ۷۹ | خولی | خولی | ۱۳ | ۴۵۲ | ۹۹ | ریڈرینالین | ریڈرینالین | ۶ | ۶۲۲ |
| ۸۰ | منظار | منظار | ۱۵ | ۴۶۱ | ۱۰۰ | ۳۶۹ | ۳۶۹ | ۱۳ | ۶۳۴ |
| ۸۱ | اور | اور | ۸ | ۴۶۳ | ۱۰۱ | باہر | باہر | ۲۰ | ۶۳۸ |
| ۸۲ | بالا | بالا | ۱۳ | ۴۸۳ | ۱۰۲ | کوٹوائن فاسفام | کوٹوائن فاسفام | ۱۴ | ۶۳۲ |
| ۸۳ | حضرہ | حضرہ | ۱۸ | ۴۸۳ | ۱۰۳ | سماتی | سماتی | ۲ | ۶۶۳ |
| ۸۴ | فائبرولائی سین | فائبرولائی سین | ۵ | ۴۹۰ | ۱۰۴ | گھایا | گھایا | ۱۵۱ | ۶۷۸ |
| ۸۵ | رینا | رینا | ۱۹ | ۵۰۵ | ۱۰۵ | دات | دات | ۱۰ | ۶۸۶ |
| ۸۶ | بچے | بچے | ۱۰ | ۵۲۵ | | | | | |
| ۸۷ | باتا | باتا | ۲۱ | ۵۵۲ | | | | | |
| ۸۸ | حون | حون | ۵ | ۵۶۱ | | | | | |

| نمبر | غلط | صحیح | سطر | صفحہ | نمبر | غلط | صحیح | سطر | صفحہ |
|------|----------|----------|-----|------|------|-----|------|--------------|------|
| ۱۰۶ | مخدور | مخدور | ۴ | ۶۱۰ | ۱۱۰ | ۵ | ۳ | ۱۲ | ۲۹۸ |
| ۱۰۷ | استحار | استحار | ۹ | ۶۲۱ | ۱۱۱ | — | ۱۲۰ | ۱۵ | ۸۳۸ |
| ۱۰۸ | Besorcin | Resorcin | ۳ | ۸۱۸ | ۱۱۲ | — | ۸۶ | ۱۶ | ۸۶۳ |
| ۱۰۹ | ۳ | ۵ | ۸ | ۲۹۸ | | | | تصویر
پیش | |